247

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 avril 1910, à 1 heure

Par **A. FÉRET**

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Interne des asiles de la Seine

ÉTUDE CLINIQUE

DES

TROUBLES MENTAUX

DANS

LE SYNDROME DE KORSAKOFF

Président : M. RAYMOND, *professeur.*

Juges : MM. GILBERT BALLET, *professeur.*
GOUGET et CLAUDE, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET DANS LES ASILES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES
DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

HISTORIQUE

Dès 1884, Charcot insistait à plusieurs reprises dans ses *Leçons du Mardi* sur l'amnésie et les récits fantastiques des alcooliques atteints de paralysies.

Quelques années plus tard, dans une série d'articles ou de mémoires publiés de 1887 à 1900, Korsakoff s'attachait à isoler sous le nom de « psychose polynévritique, ou cérébropathie psychique toxhémique » un syndrome clinique caractérisé « par la combinaison de « troubles psychiques avec les phénomènes de la névrite « multiple dégénérative ». Il admettait d'ailleurs que les deux éléments psychique et somatique de l'affection peuvent s'associer dans des proportions variées et que dans quelques cas, les symptômes de la névrite sont peu prononcés.

Les études de Korsakoff et de ses élèves: Serbsky, Vaïndrach, Doubrovine, Kichkine, Soukanoff, provoquèrent les travaux des auteurs étrangers. Tilling, Gudden, Jolly, Schultze, Monkemöller, Luckerath, Meyer

et Ræcke publièrent bientôt des cas de psychose de Korsakoff sans polynévrite.

Cependant la différenciation du syndrome reste justifiée pour la majorité des auteurs russes et allemands.

En France et en Belgique, au contraire, l'expression « psychose polynévritique » est vivement critiquée, il existe en outre une tendance manifeste à identifier la psychose de Korsakoff et la confusion mentale. Telle est l'opinion de MM. Raymond, Séglas, Gilbert-Ballet, Babinski, Pierret et Haury, Régis, Francotte, Crocq. M. Chaslin fait quelques réserves ; pour lui, la psychose polynévritique semble comporter surtout un trouble particulier de la mémoire.

Pour Ballet et Faure qui ont étudié les lésions anatomiques de l'écorce cérébrale, les altérations cellulaires seraient celles des processus infectieux aigus. Raimann et Elzholz ont constaté respectivement, dans un cas de Korsakoff d'origine gastro-intestinale sans alcoolisme et dans un autre d'origine alcoolique, des lésions identiques à celles de la polioencéphalite hémorrhagique supérieure.

Cramer qui a fait une étude microscopique détaillée de deux cas, rapproche les altérations corticales des lésions de la paralysie générale.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les troubles mentaux qui nous occupent s'observent le plus souvent dans l'âge adulte. Ainsi sur 20 cas qui font l'objet d'une des statistiques de Korsakoff, l'auteur signale un cas de 20 à 25 ans, trois cas de 25 à 30, cinq cas de 30 à 35, un cas de 35 à 40, trois cas de 40 à 45, cinq cas de 45 à 50, un cas de 50 à 60 et un cas de 60 à 70. Le syndrome peut cependant apparaître plus tard, et Chartier a publié un cas de ce genre chez une malade de 63 ans. Une malade de Korsakoff citée par Libermann a 65 ans.

L'affection semble plus fréquente chez la femme.

Sur 12 cas rapportés dans la thèse de Libermann il y a 9 femmes et 3 hommes. Trois observations inédites de la thèse de Chancellay concernent des femmes. Potel signale 2 cas chez les femmes et 1 cas chez un homme.

Parmi les causes générales qui favorisent l'apparition du syndrome de Korsakoff, il faut citer la fatigue, le surmenage, les hémorrhagies et toutes les causes d'af-

faiblissement de l'organisme, mais surtout l'hérédité morbide. De nombreuses observations montrent qu'il s'agit le plus souvent de sujets présentant une hérédité nerveuse plus ou moins chargée. « Les causes occasionnelles incriminées dans le développement des affections du système nerveux ne sont le plus souvent efficaces qu'autant qu'elles s'exercent sur un terrain prédisposé. Or la prédisposition peut être acquise, mais le plus souvent, presque toujours elle est le fruit de l'hérédité (1). »

Toutes les intoxications, toutes les infections paraissent susceptibles de déterminer l'apparition du syndrome psycho-polynévritique, mais l'alcoolisme chronique surtout est un des facteurs étiologiques les plus fréquents. « J'ai eu l'occasion d'observer plus de cinquante cas de troubles psychiques liés à la névrite multiple, mais dans trente cas l'une des causes principales était l'alcoolisme chronique. » (Korsakoff. Congrès de Paris, 1889.)

Quelques auteurs, comme Bonhœffer, soutiennent l'origine exclusivement éthylique de l'affection.

Reynolds cite des cas de troubles psychiques caractéristiques liés à l'intoxication arsenicale. Le plomb, l'oxyde de carbone, le tabac, la morphine, le sulfure de carbone, peuvent également provoquer des troubles psychiques rappelant de très près la maladie de Korsakoff.

L'intoxication peut être d'origine endogène, dans l'insuffisance hépato-rénale, quelle qu'en soit la cause, le diabète, l'inanition.

1. Raymond. *Les maladies du système nerveux*, t. II, p. 301.

Parmi les infections au cours desquelles on observe le plus souvent le syndrome de Korsakoff il faut citer la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, la pyohémie, la tuberculose, les ictères, le paludisme, le béri-béri.

Le même tableau clinique peut se retrouver avec les troubles moteurs, comme dans la psychose post-éclamptique, soit sans trouble moteur, comme dans la psychose d'insolation (Régis).

Il peut enfin être consécutif à la commotion et au traumatisme (Karbelah).

Plusieurs causes étiologiques peuvent se trouver réunies pour agir simultanément : alcool et tuberculose, tuberculose et insuffisance hépatique ou rénale, etc...

« Enfin, assez fréquemment la polynévrite avec troubles psychiques se développe, surtout chez les femmes dans des conditions étiologiques absolument inconnues. L'enquête anamnestique est négative et le problème de l'origine du syndrome demeure insoluble. » (Dupré.)

Quant à la pathogénie, elle a été diversement expliquée. Korsakoff voit dans cette affection « l'atteinte du système nerveux par certaines ptomaïnes ou leucomaïnes venues du dehors ou développées dans l'organisme lui-même. » L'alcoolisme ne ferait alors que favoriser l'action nocive de ces poisons sur le système nerveux.

M. le professeur Raymond estime qu'à côté de l'origine infectieuse il faut faire une large place à l'intoxication : « Nous connaissons bien les modifications de structure, les altérations organiques que les poisons tels que l'alcool, le plomb, l'arsenic, le mercure exercent sur les tissus en général et le tissu nerveux en particulier.

Qu'avons-nous besoin de faire intervenir des toxines hypothétiques pour expliquer les polynévrites (et les troubles psychiques) consécutives aux intoxications par l'alcool, le plomb, l'arsenic, etc. (1). »

Pour S. Soukanoff, l'affection « est provoquée par une auto-intoxication de l'organisme : elle est l'expression d'une réaction particulière de cet organisme en présence d'une quantité extrême d'éléments toxiques dans son système circulatoire. Si l'alcool intoxique l'organisme, on observera non seulement une réaction immédiate sous forme de delirium tremens mais encore une réaction secondaire tendant à paralyser les appareils défensifs chargés de combattre l'intoxication. Si l'organisme continue à s'exposer à l'intoxication alcoolique, les appareils défensifs peuvent devenir insuffisants et alors peuvent se développer outre les éléments toxiques étroitement liés à l'alcool, des toxines particulières. Ces toxines auront toujours, semble-t-il, la même qualité, qu'elles soient provoquées par une intoxication alcoolique intense et prolongée, ou par l'irruption de la bile dans le sang, ou par l'infection typhoïdique, etc. »

On retrouve dans cette théorie du trouble mental consécutif à l'auto-intoxication une conception analogue à celle qu'a exposée Klippel de façon beaucoup plus précise dans une série de travaux parus depuis 1891 : « Les délires alcooliques chroniques ou subaigus dans leurs formes habituelles sont le résultat d'une auto-intoxica-

1. Raymond. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, p. 171.

tion. Ils constituent en quelque sorte un accident paraalcoolique ; le foie paraît prendre une part considérable et souvent prédominante à cette intoxication (1). »

Le trouble psychique serait alors une manifestation de l'auto-intoxication consécutive à l'insuffisance hépatique et aux lésions rénales qui lui sont secondaires.

1. Klippel. Délire et auto-intoxication hépatique. *Revue de Psych.*, sept. 1897.

SYMPTOMATOLOGIE

Début. — Les troubles mentaux prémonitoires de la période aiguë de l'affection sont généralement peu marqués lorsque la psychose est consécutive à une infection aiguë. Le malade se trouve diminué au point de vue psychique, il éprouve plus de peine à fixer son attention, à rassembler ses idées, à évoquer ses souvenirs. Les opérations intellectuelles sont lentes, pénibles, et la fatigue survient rapidement.

A ce ralentissement de la vie psychique s'ajoutent des troubles du caractère. Le malade devient inquiet, irritable, se montre entêté et capricieux, il présente des alternatives d'irritabilité et d'apathie.

Au point de vue physique on observe de la céphalée, des douleurs vagues plus ou moins localisées, une sensation de fatigue, des troubles digestifs.

Mais si les troubles psychiques sont peu accentués et fugaces quand la psychose succède à une infection aiguë, ils ne manquent jamais et précèdent à longue échéance l'apparition de la maladie confirmée lorsqu'il

s'agit d'intoxication alcoolique. S'ils ne permettent pas de prévoir la forme des troubles mentaux qui vont éclater, ils traduisent nettement l'imprégnation toxique du sujet. Toutes les observations signalent des modifications prodromiques de l'état mental. Ce sont surtout les troubles de la mémoire qui frappent l'entourage. Le malade « a des absences » : il oublie d'un instant à l'autre les choses qu'on vient de lui dire ; il se fait donner à quelques heures ou à quelques jours d'intervalle des renseignements qu'on lui a déjà fournis. Il oublie les ordres qui lui ont été donnés, la besogne qu'il s'était tracée. Il oublie en chemin l'adresse à laquelle il se rend ou le motif de sa visite. Une de nos malades, par exemple, se rend un jour en voiture au Bon Marché, elle se fait attendre par le cocher à la porte, et lorsqu'elle quitte l'établissement elle prend une autre voiture pour rentrer chez elle, sans se soucier de la première.

Les rapports sociaux du malade déjà troublés par l'affaiblissement de la mémoire sont encore compromis par les modifications du caractère. Le malade est sombre, apathique ou impulsif. Il néglige son travail, devient incapable d'une besogne suivie; quelques idées délirantes peuvent se manifester; il s'agit le plus souvent soit d'idées confuses de persécution avec interprétations délirantes, soit d'idées de jalousie si fréquentes au cours de l'alcoolisme.

Les troubles sensoriels consistent en hallucinations épisodiques de l'ouïe ou du goût. Les troubles de la sensibilité générale sont fréquents ; ce sont ou des hal-

lucinations vraies, ou plutôt des interprétations des phénomènes névritiques. L'insomnie, les cauchemars pénibles ou effrayants avec zoopsie, les troubles gastro-intestinaux diminuent la résistance et aggravent l'état somatique et mental du sujet. L'intoxication éthylique persistante, ajoutée à l'auto-intoxication, ne tarde pas à faire éclater les troubles névritiques ou mentaux qui déterminent alors l'entrée du malade à l'hôpital ou à l'asile.

Après une période variable de troubles prémonitoires l'affection s'installe. Dans quelques cas elle se manifeste brusquement par une véritable explosion de phénomènes délirants qui nécessitent l'internement du malade, capables de rappeler par leur intensité le délire aigu ou une crise de delirium tremens. Ce mode d'invasion subite semble être plus fréquent lorsqu'il s'agit d'une psychose d'origine alcoolique (Soukanoff, Tilling, Jolly, Séglas). Le plus souvent les troubles mentaux présentent une aggravation rapide, réalisant au bout de quelques jours un tableau symptomatique complet de l'affection.

Les polynévrites.

La maladie de Korsakoff étant essentiellement constituée par l'association de phénomènes polynévritiques à des troubles mentaux, il faudrait étudier simultanément les troubles physiques et les troubles psychiques s'il était établi que l'étude des uns fût indispensable à la compréhension de l'étude des autres.

L'examen des faits montre au contraire que le parallélisme est loin d'être constant entre l'apparition, l'in-

tensité et l'évolution de ces deux ordres de symptômes. Les névrites et les troubles mentaux peuvent varier en sens inverse. On trouve des psychoses de Korsakoff sans polynévrites cliniquement appréciables, et il existe beaucoup de polynévrites sans troubles psychiques. Il ne peut donc y avoir entre le symptôme somatique et le symptôme psychique de rapports de causalité. Nous croyons donc pouvoir, sans inconvénient, dissocier du syndrome les troubles physiques pour nous occuper exclusivement des troubles mentaux.

Toutefois, comme la coexistence fréquente des polynévrites et des troubles mentaux donne à l'affection une physionomie clinique caractéristique, nous les signalerons d'abord brièvement pour n'y plus revenir ensuite.

L'existence des phénomènes polynévritiques du syndrome de Korsakoff se traduit cliniquement par des troubles moteurs, sensitifs et trophiques. La paralysie frappe le plus souvent les muscles des membres et prédomine sur les extenseurs. Les muscles des extrémités sont plus fortement atteints que ceux de la racine. La paralysie est plus marquée pour les membres inférieurs que pour les membres supérieurs. Le malade marche en steppant, ou même la station debout est impossible. Les mouvements des mains et des bras sont hésitants, maladroits, incoordonnés. La paralysie peut s'étendre aux muscles du tronc; le sujet est immobilisé au lit, incapable d'un mouvement de quelque amplitude.

A la face on peut observer de la paralysie faciale, du

strabisme, du ptosis, de l'inégalité pupillaire sans signe d'Argyll. Dans les cas graves, la névrite peut gagner le pneumogastrique et le phrénique provoquant de la dyspnée, de la tachycardie, des palpitations. La mort dans un certain nombre de cas semble imputable à des lésions de la dixième paire.

Les réflexes tendineux sont en général diminués ou abolis, les réflexes cutanés exagérés dans les zones d'hyperesthésie. Les sphincters sont intacts ; le gâtisme qui existe dans beaucoup de cas est d'origine psychique. Quelques auteurs ont cependant signalé des troubles sphinctériens véritables (1).

Les troubles sensitifs sont généralement très accentués. Le malade accuse des douleurs spontanées très vives, continues à exacerbations paroxystiques. Localisées aux membres ce sont des sensations de fourmillement, d'engourdissement, des crampes, souvent des douleurs fulgurantes profondes, des douleurs lancinantes ou térébrantes. Elles sont exagérées par la moindre pression sur les trajets nerveux ou au niveau des masses musculaires, et le plus léger attouchement suffit quelquefois à arracher au malade des cris de souffrance.

Les troubles de la sensibilité cutanée se traduisent soit par de l'hyperesthésie, soit par de l'anesthésie ou des paresthésies généralement plus accentuées aux membres inférieurs.

Les troubles trophiques sont souvent peu marqués :

1. Sainton et Costaigne. *Arch. gén. de méd.*, 27 sept. 1901 ; Klippel et Lhermitte. *Sem. méd.*, 24 juin 1906.

au niveau des téguments on peut observer des modifications sudorales, de la cyanose, de l'œdème. Les masses musculaires sont atrophiées, les muscles atteints présentent la réaction de dégénérescence plus ou moins complète. Si les polynévrites persistent, il peut apparaître des contractions, des rétractions tendineuses capables d'entraîner une impotence fonctionnelle définitive.

Les troubles mentaux.

L'aspect clinique du malade qui présente le syndrome de Korsakoff est caractéristique et se révèle dès les premières questions de l'examen. Interrogé sur sa personnalité et ses antécédents, le malade donne des réponses satisfaisantes. Il fournit sur son âge, son passé, sa profession, sa famille des renseignements exacts ; mais ses réponses deviennent incohérentes et contradictoires dès qu'il s'agit de sa situation présente. Il est incapable de dire le jour, le mois, l'année actuels ; il ne sait pas où il se trouve. Le malade est loin d'ailleurs de confesser cette désorientation dont il ne se rend pas compte. Les réponses suivent les questions sans que le sujet doute de la réalité de ses affirmations, sans qu'il paraisse soupçonner tout ce qu'elles contiennent d'inadmissible et de contradictoire. Il déclare successivement, à quelques minutes d'intervalle, qu'il est ici chez lui, dans sa chambre, ou chez un ami, ou à l'hôpital. Ces caractéristiques de l'interrogatoire mettent dès le début sur la voie du diagnostic, et l'examen plus approfondi ne tarde pas à confirmer, en dehors de tout signe physique, l'existence d'une maladie de Korsakoff.

Le délire onirique. — Pendant le jour, le malade est généralement calme. Il somnole et murmure de temps à autre, à voix basse, des phrases brèves, inachevées, le plus souvent inintelligibles. Éveillé, il paraît indifférent à tout ce qui se passe autour de lui ; il ne cherche pas à s'orienter ou à se mettre en rapport avec le milieu où il se trouve. Son regard, vague et lointain, se promène sans voir sur les choses, ou fixant un point de l'espace il paraît suivre le déroulement de quelque songe intérieur. Son visage animé, ses paroles incohérentes, ses gestes, toute son attitude enfin trahit la multiplicité et l'intensité de ses préoccupations délirantes. Celles-ci semblent essentiellement mobiles et variables : le malade se croit chez lui, dans son milieu ancien ou occupé à son travail habituel.

Une de nos malades, qui tenait un restaurant, demandait à sortir pour aller acheter le déjeuner de ses pensionnaires. « Qu'est-ce que je vais leur donner à manger? disait-elle, je ne puis pas leur donner la même chose qu'hier, ils ne seraient pas contents. » Elle se levait et cherchait son porte-monnaie pour aller au marché. Une autre appelait : « Aurélie, Maria, venez donc me voir, je suis toute seule, venez me dire bonjour », et un instant après : « Ouvrez donc à mon mari, il attend dehors sous la pluie. »

Les hallucinations vraies semblent peu fréquentes, mais les illusions sont très nombreuses et particulièrement changeantes. Elles affectent les divers sens avec une prédominance marquée pour la vue, l'ouïe et la sensibilité générale. Ces malades, en effet, interprètent fréquemment leurs paresthésies.

Une malade citée par Chancellay croyait toujours avoir sur les mains de la purée de pommes de terre; une autre alitée croyait être couchée sur des briques et demandait qu'on lui ôtât ses bottines qui la gênaient. Une de nos malades a répété pendant des mois « qu'on lui avait attaché les jambes et qu'on lui travaillait les pieds ».

Ces interprétations des troubles sensitifs sont généralement persistantes et stéréotypées contrairement à ce qui se passe pour les autres modes d'illusions.

Vers le soir les hallucinations et les illusions se multiplient, des cauchemars pénibles apparaissent, le délire s'accentue, le malade devient agité et inquiet. Il tend à vivre son rêve ; les réactions motrices jusque-là peu marquées deviennent plus vives, l'anxiété est extrême. Le malade cherche à se lever autant que le lui permet sa paralysie, il crie, il appelle à son secours. L'insomnie est la règle.

Nous reconnaissons dans ces troubles mentaux les caractères de ce syndrome clinique déjà signalé par Baillarger et Lassègue et que M. Régis a décrit sous le nom de « délire onirique. » Formé par la mise en jeu de l'activité subconsciente ou inconsciente, il est constitué « par des associations fortuites d'idées, par des reviviscences hallucinatoires d'images et de souvenirs antérieurs, par des scènes de la vie familiale ou professionnelle, par des visions le plus souvent pénibles, par des combinaisons d'événements étranges impossibles, éminemment mobiles et changeants ou doués au contraire d'une certaine fixité, qui imposent plus ou moins

à la conviction... Enfin, à son degré le plus élevé, le délire ne cesse pas le matin et il se continue le jour tel quel, comme un véritable rêve prolongé... Comme les somnambules, ils (les malades) vont du rêve muet au rêve parlé et au rêve d'action, dans une perception plus ou moins confuse de l'ambiant qu'ils mêlent à leurs conceptions fantastiques, passant parfois de la réalité à leur état second et de leur état second à la réalité, suivant qu'on les interpelle ou qu'on les abandonne à eux-mêmes, suivant qu'ils ouvrent ou ferment les yeux (1). »

Si on lui adresse la parole, en effet, le malade sort de son rêve, sa physionomie s'anime, devient attentive ; il semble tout entier aux questions de l'interlocuteur, rien dans son aspect ou son attitude ne révèle plus l'égarement de son esprit ; mais cette lucidité n'est qu'apparente et l'interrogatoire ne tarde pas à déceler les lacunes profondes de son intelligence.

Les troubles de la mémoire. — Ce qui frappe tout d'abord c'est la perte de la mémoire. L'amnésie est contemporaine des troubles mentaux confirmés, dans les cas d'apparition subite et d'évolution rapide de ceux-ci. Il est plus fréquent de la voir remonter à plusieurs semaines en arrière, à plusieurs mois, quelquefois à plusieurs années, surtout lorsque le syndrome de Korsakoff est consécutif à une intoxication éthylique. C'est de l'amnésie rétrograde. Il est d'ailleurs très difficile, dans beaucoup de cas, de faire la distinction entre ce qui relève de l'amnésie rétrograde et ce qui est de l'amné-

1. Régis. Communication à l'Académie de médecine, 7 mai 1901.

sie antérograde. Beaucoup de malades, en effet, semblent avoir présenté de l'amnésie continue bien avant l'apparition des phénomènes délirants et l'entrée à l'asile. Quoi qu'il en soit, l'amnésie de cette période est variable et plus ou moins profonde suivant les jours; elle est peu ou pas progressive, et les souvenirs sur lesquels elle porte peuvent réapparaître lors de la guérison, ou même spontanément au cours de la maladie; c'est une amnésie d'évocation (Korsakoff).

Pour les faits actuels, l'amnésie est complète, elle s'applique à tous les actes, à toutes les perceptions du malade. C'est en vain qu'on évoque devant lui tel événement important récent dont il aurait dû garder le souvenir ; aucune trace ne paraît en être restée dans sa mémoire.

Le souvenir ne persiste pas au delà de quelques secondes, d'une ou de deux minutes. D'un instant à l'autre, le sujet oublie totalement la nouvelle qu'on vient de lui apprendre, la visite qu'il vient de recevoir, les explications qu'on vient de lui donner. Si on lui parle de cette même nouvelle quelques minutes plus tard, il assure qu'il l'ignorait et l'accueille avec le même étonnement que la première fois, pour l'oublier immédiatement de nouveau.

Les faits journaliers eux-mêmes dont la répétition quotidienne, dans des circonstances toujours identiques, devrait assurer la conservation, n'échappent pas plus que les autres à cet oubli général. Même après des semaines et des mois de séjour à l'asile, le malade est incapable de donner le moindre détail sur le médecin

ou le personnel qu'il voit tous les jours. Il ignore la visite de chaque matin; il est incapable de se rappeler la topographie souvent élémentaire du pavillon dans lequel il se perd. Il ne sait pas sa place à table, il ne se rappelle pas s'il a dîné, il ne retrouve pas son lit. « Vous vous êtes approché de lui, vous lui avez parlé, vous sortez ensuite une minute, le malade ne se rappelle pas vous avoir vu. Pendant des heures il peut lire la même page, parce qu'il ne se souvient pas de ce qu'il a lu. Vingt fois de suite, il parlera d'un objet sans savoir qu'il répète constamment la même chose, les mêmes expressions. Il ne reconnaît pas les personnes avec lesquelles il a fait connaissance pendant sa maladie, les médecins, par exemple, ou les infirmiers qui le soignent, quoiqu'il les voie sans cesse ; et toutes les fois qu'on l'interroge, le malade affirme qu'il voit cette personne pour la première fois (1). »

L'amnésie s'étend avec la même intensité à toutes les sensations, qu'elles soient visuelles, auditives ou tactiles, à toutes les idées, même à celles qui s'accompagnent des réactions émotionnelles les plus vives. Les douleurs spontanées les plus aiguës, celles qui sont provoquées par l'exploration si pénible des masses musculaires sont immédiatement oubliées.

Cette amnésie est d'autant plus frappante qu'elle épargne les souvenirs anciens; ceux-ci semblent aussi bien conservés que chez un individu normal. « Un malade, dit Korsakoff, décrivait très bien ses voyages; il

1. Thèse Liberman.

les décrivait avec tant de relief qu'il excitait l'admiration de chacun, et tout ce qu'il racontait ce n'était pas de la fantaisie, mais des faits réels ; mais en même temps il oubliait qu'il répétait le même récit une dizaine de fois en une heure. Un autre racontait très bien les travaux littéraires qu'il avait faits avant sa maladie, mais la nouvelle qu'il avait commencée immédiatement avant de tomber malade, il en avait une idée très confuse ; il se rappelait le commencement, mais ne pouvait se faire une idée de la façon dont elle devait se terminer. Un troisième malade, grand connaisseur en anatomie chirurgicale, faisait une description d'une exactitude pédantesque de la façon dont sont disposés les vaisseaux de telle ou telle partie du corps, mais en même temps il ne se souvenait de rien de ce qui se passait pendant sa maladie. » (Korsakoff.) Chez tous les malades on constate cette conservation et cette facilité d'évocation des souvenirs anciens ; ils décrivent sans effort, avec précision et exactitude, la topographie des lieux qu'ils ont habités, du quartier de la ville dans laquelle ils ont demeuré, les traits caractéristiques des personnes auprès desquelles ils ont vécu.

« Dans l'acception courante du mot, la mémoire comprend trois choses : la conservation de certains états, leur reproduction, leur localisation dans le passé. » (Ribot.) Nous pouvons donc nous demander quelle est celle de ces opérations psychiques qui est troublée, et à quelle forme appartient l'amnésie qui nous occupe. S'agit-il d'une amnésie de conservation ou d'une amnésie de reproduction ? La reproduction du souvenir sup-

posant évidemment la conservation, il nous suffira de rechercher si les souvenirs qui semblent avoir disparu peuvent réapparaître.

Quelques faits établissent que certains souvenirs dont l'évocation volontaire est impossible, trahissent cependant leur conservation inconsciente par les modifications qu'ils impriment aux actes ou à l'état affectif du sujet. « Bien que le malade n'ait aucune conscience de garder des traces des impressions qu'il reçoit, ces traces cependant subsistent probablement et influent d'une manière ou d'une autre sur la marche des idées, au moins dans l'activité intellectuelle inconsciente. » « Pour étayer cette opinion, Korsakoff (1) apporte un certain nombre de faits très démonstratifs : « On entre chez un malade pour la première fois, il tend la main, il dit bonjour. On s'en va et on revient deux ou trois minutes après, le malade ne dit plus bonjour et cependant quand on lui demande s'il vous a vu, il répond négativement. Cependant, on peut apercevoir à sa manière d'agir que la trace du souvenir d'avoir vu la personne est dans son âme et agit d'une manière ou d'une autre sur les manifestations de son activité intellectuelle... Lorsqu'il paraît que toutes les traces des perceptions extérieures et des procès intellectuels qui se sont produits dans le cerveau ont disparu, certains malades gardent le souvenir des sentiments qu'on a éveillés en eux... On le reconnaît à la manière dont ces malades traitent les gens qu'ils ont connus pendant leur mala-

1. Korsakoff. *Loc. cit.*

die. Ils ne reconnaissent pas la figure et croient toujours les voir pour la première fois, néanmoins, les uns leur sont toujours sympathiques, d'autres antipathiques. Il en est de même pour les choses. Un malade n'aimait guère les séances d'électrisation et aussitôt qu'il voyait une machine électrique, il éprouvait un moment de mauvaise humeur, bien qu'il fût prêt à assurer que je voulais l'électriser pour la première fois. Il me semble qu'on ne peut expliquer cela qu'en supposant que la mémoire des émotions subsiste plus longtemps que celle des images (1). »

Dans certains cas, les souvenirs sont conservés et se reproduisent d'eux-mêmes sans être cependant perçus comme souvenirs. Ce sont des souvenirs incomplets auxquels il manque la reconnaissance : « Deux malades, dit Korsakoff, qui ne m'avaient pas connu avant leur affection, devinaient toujours que j'étais médecin, bien qu'ils assurassent catégoriquement qu'ils me voyaient chaque fois pour la première fois. Voici un autre cas : j'électrisais un malade avec le courant galvanique de l'appareil de Spamer. Lorsque je lui demandai ce que j'allais lui faire et ce que je faisais chez lui chaque fois que je venais, il resta interdit et me répondit qu'il n'en savait rien. Je le priai de jeter un coup d'œil sur la table où se trouvait la boîte de la machine. Alors il me dit que je venais probablement l'électriser et cependant je sais bien qu'il n'apprit à connaître cette machine que pendant sa maladie. Par conséquent, s'il n'avait pas gardé

1. Korsakoff, *Loc. cit.*

une trace du souvenir que cette boîte contenait une machine électrique, il n'aurait pas pu deviner si vite. »

Enfin on a pu observer, après la guérison, la réapparition de certains souvenirs de la période amnésique dont l'évocation était impossible auparavant : « Ainsi l'un de mes malades dont j'avais tracé la courbe de pouls au moyen du sphygmographe de Dudgeon, pendant la période de sa maladie où il oubliait tout au bout de deux ou trois minutes, me rappela dix mois après le début de son affection que j'avais apporté une petite machine dont il me décrivit l'aspect. » (Korsakoff.)

Pour Charcot, il s'agit également d'un trouble de la mémoire d'évocation : « Cependant les images, les impressions qu'il perçoit ne sont pas perdues, il les reçoit et les garde dans son inconscient, c'est la faculté de les évoquer, de les faire renaître qui est perdue chez lui car après des semaines et des mois de cet état on les verra réapparaître d'elles-mêmes, une à une au fur et à mesure que la personnalité consciente du malade se reconstituera (1). »

Tous ces faits établissent que dans beaucoup de cas l'amnésie continue est une amnésie d'évocation, mais il semble difficile d'admettre que le trouble de la mémoire représente à lui seul tout le trouble psychique. En effet les observations signalant la réapparition des souvenirs, tout au moins ceux de la période d'état de l'affection, restent exceptionnellement rares. En outre, le trouble de la mémoire à lui seul ne peut expliquer

1. Charcot. *Revue neurologique*, 1893.

l'absence de reconnaissance habituelle, alors que se trouvent réalisées les conditions les plus favorables à l'évocation d'un souvenir, c'est-à-dire lorsque les sensations visuelles ou auditives, ou les processus intellectuels qui ont déjà été perçus se reproduisent dans des circonstances absolument identiques. Or c'est là le cas pour beaucoup de faits de la vie quotidienne du malade à l'asile. Ici les images ne semblent pas avoir été fixées, ou bien si elles l'ont été comme le soutient Rouillard : « La mémoire conserve éternellement les impressions reçues », elles sont devenues pratiquement inutilisables. Au point de vue clinique tout se passe comme si l'image n'avait pas été fixée (amnésie de fixation). Il existe donc un trouble intellectuel surajouté au trouble mnésique.

Pour M. Janet qui a étudié l'amnésie continue chez des hystériques, pour M. Séglas qui l'a étudiée dans la confusion mentale, cette amnésie serait considérablement favorisée par une diminution spéciale de l'activité psychique, « un défaut de synthèse mentale, de perception personnelle des souvenirs » (1).

« Il ne suffit pas qu'une sensation simple, isolée, soit produite dans l'esprit pour qu'elle soit par cela même appréciée par le sujet. Il faut, pour la conscience complète d'une sensation qui s'exprime par le « je sens », qu'une nouvelle opération s'ajoute à la première. Il faut qu'une sorte de synthèse réunisse les sensations

1. Séglas. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, p. 237.

produites et les rattache à la masse des idées antérieures qui constitue la personnalité.

« Il ne suffit pas, pour que nous ayons conscience d'un souvenir, que telle ou telle image soit reproduite par le jeu automatique de l'association des idées, il faut encore que la perception personnelle saisisse cette image et la rattache aux autres souvenirs, aux sensations nettes ou confuses, extérieures ou intérieures, dont l'ensemble constitue notre personnalité. Qu'on appelle cette opération comme on voudra, qu'on forge pour elle le mot « personnification » ou que l'on se contente des termes vulgaires que nous avons toujours employés, « perception personnelle des souvenirs » ou « assimilation psychologique des images », il faut toujours constater le fait lui-même et lui donner une place dans la psychologie de la mémoire comme dans celle des sensations. Cette opération est si facile chez nous que l'on ne soupçonne même pas son rôle, mais elle peut être altérée et supprimée tandis que les autres phénomènes du souvenir, conservation et reproduction des images, subsistent intégralement. Son absence suffira pour produire chez le malade un trouble de la mémoire qui sera pour eux une véritable amnésie et qu'on peut exprimer par ce mot : une amnésie d'assimilation (1). »

Sollier explique de la même façon cette amnésie qu'il appelle amnésie antérograde de conservation. « Les éléments nerveux sont hors d'état de conserver les images et de les synthétiser en un phénomène conscient (2). »

1. P. Janet. *Stigmates mentaux et hystériques*, 1893, p. 108.
2. Sollier. *Les troubles de la mémoire*, p. 80.

Les troubles de la conscience. — Ce trouble de la mémoire et de la synthèse mentale entraîne une inconscience complète pour tout ce qui constitue l'état présent. Le sujet vit sans cesse une série de moments isolés, qu'aucune association d'idées ne réunit aux sujets précédents.

La désorientation est complète dans le temps et dans l'espace. Le malade ne sait pas pourquoi on l'a amené à l'asile, il ne sait même pas qu'il est à l'asile. Cette désorientation, comme l'amnésie, comme toute sa vie actuelle, est absolument inconsciente. Le sujet affirme qu'il est chez lui, l'oublie aussitôt pour dire quelques secondes après, si on lui pose à nouveau la même question, qu'il est à l'hôpital, ou chez des amis, dans telle rue, à tel numéro.

Rien ne l'étonne, il connaît tout son entourage, il attribue à chacun une personnalité fictive, il trouve, pour expliquer la présence de chacun, une explication plus ou moins ingénieuse. Ces fausses reconnaissances sont en général nombreuses et très variables ; telle personne qui était M. X... devient l'instant d'après M. Y... ; dans quelques cas cependant elles présentent une certaine stabilité. Une de nos malades nous prenait toujours pour l'interne qui l'avait soignée à Lariboisière quelques années auparavant.

L'inconscience du malade s'étend même à son état physique. Réduit à une impotence fonctionnelle complète, il déclare qu'il est bien portant ou seulement un peu fatigué. Si on insiste pour connaître la raison qui justifie son séjour au lit, il n'est pas rare d'entendre le

malade affirmer « qu'il s'est un peu attardé au lit, mais qu'il va se lever bientôt ».

La fabulation. — Pour combler les lacunes de sa mémoire le malade doit forger des récits fantaisistes. Alors qu'il n'a pas quitté son lit depuis des semaines, il répond, par exemple. si on l'interroge sur l'emploi de son temps qu'il est allé faire une longue promenade, et il raconte en détail les incidents de la route. Une de nos malades qui présentait une paraplégie complète nous disait ainsi: « Je suis allée ce matin à Saint-Ouen chez une de mes clientes, j'y ai rencontré M. X..., nous avons beaucoup parlé de Saint-Dizier qui est mon pays natal, il en revient... etc.» Toutes ces conceptions délirantes sont d'ailleurs aussitôt oubliées et remplacées par d'autres si on continue l'interrogatoire.

Cette fabulation qui est quelquefois spontanée est le plus souvent provoquée ; elle a besoin, pour se manifester, des questions de l'interlocuteur. Chez nos malades, elle se présentait avec ce caractère que nous avons trouvé signalé à plusieurs reprises dans les observations : « Si l'on s'approche de son lit et qu'on lui demande comment il va, il répond qu'il se porte très bien ; si l'on insiste, il dit par exemple qu'il se trouvait hier à tel endroit et qu'il a fait telle et telle chose, etc. (1). »

« Le malade reste silencieux, immobilisé dans son lit ; il laisse passer les heures sans s'intéresser à quoi que ce soit, il ne répond que si on lui adresse la parole. » (Thèse Chancellay.)

1. Thèse Liberman. Obs. II.

L'exemple donné par M. R. de Fursac dans son *Manuel de Psychiatrie* est également caractéristique à cet égard. Chaque question fournit l'occasion de nouveaux détails. Ceux-ci semblent se présenter tout naturellement à l'esprit du malade qui les donne sans hésitation, sans paraître chercher. L'apparente vraisemblance de chacun de ces récits envisagés isolément, la parfaite aisance avec laquelle ils sont rapportés seraient souvent susceptibles de faire illusion à un observateur non prévenu.

Attention, jugement, association des idées. — Le malade en effet est capable de tenir une conversation, pourvu qu'on s'en tienne à des généralités. Les questions sont très bien comprises, les réponses arrivent logiques et correctes au bout d'un temps de réaction normal. La parole est nette, facile, sans accroc. « Le malade produit l'impression d'un homme n'ayant rien d'anormal du côté de l'esprit, il raisonne très bien, fait des mots, joue aux échecs, aux cartes, en un mot se conduit absolument comme un homme sain psychiquement parlant. » (Liberman.)

En dehors de la mémoire, les facultés intellectuelles semblent d'abord peu touchées. Elles fonctionnent régulièrement tant qu'il ne s'agit pas de l'élaboration des perceptions actuelles. Les perceptions s'effectuent normalement en dehors des illusions de l'état onirique. Bien que les sensations manquent parfois de netteté à cause des lésions des nerfs sensitifs ou sensoriels (diminution de l'acuité visuelle, troubles de la sphère tactile), elles sont correctement interprétées. Le malade

reconnaît les objets qui l'entourent, il dit le nom et l'usage de ceux qu'on lui présente ; il identifie comme il l'aurait fait autrefois les sons, les saveurs, les odeurs.

L'attention spontanée est à peu près nulle ; le sujet ne s'intéresse à rien de ce qui se passe autour de lui. L'attention volontaire est diminuée dans les formes où le délire onirique est intense : alors elle s'épuise vite et il est nécessaire de stimuler le sujet qui donne rapidement des signes de fatigue. Dans la forme amnésique au contraire elle est bien conservée : elle se manifeste par l'attitude, l'expression du malade dès qu'on lui adresse la parole, la rapidité d'évocation des souvenirs anciens, la facilité à effectuer des calculs simples. Nous avons fait exécuter à deux de nos malades les tests que propose M. Binet pour la mesure de l'attention. Les opérations d'arithmétique furent faites très rapidement. Lorsque ces malades se croyaient incapables de trouver d'emblée un résultat exact, elles décomposaient les opérations :

17 + 32 par ex. 7 + 2 = 9 3 + 1 = 4 donc 49
23 + 28 = 41 non 20 + 20 = 40 8 + 3 = 11 donc 51

Les exercices de copie furent rapides et aisés. A noter seulement quelques fautes d'orthographe. Au total l'exécution de ces tests fut sensiblement au point de vue de la durée, de la facilité, de la correction, celle qu'on pouvait attendre de sujets présentant le même degré d'instruction et exempts de troubles mentaux.

Quant au jugement — et nous donnons à ce mot le sens qu'on lui donne en clinique, c'est-à-dire la faculté de raisonner de façon logique — ses modifications sont

peu marquées, si l'on veut bien faire abstraction de l'entrave apportée à son exercice par l'amnésie continue. On ne saurait par exemple retenir comme des troubles du jugement la désorientation ou les contradictions, inévitables chez un malade pour qui la minute passée ne se rattache en rien à la minute présente, et qui oublie à chaque instant ses affirmations de l'instant précédent. Ce malade au contraire apprécie sainement les actes de sa vie passée, sa conduite antérieure, celle des personnes de son entourage ancien. Les jugements qu'il porte sur les gens et les choses, pour cette période, témoignent d'un bon sens normal. Korsakoff dit d'un malade instruit qu'il avait observé : « Le cercle de ses idées s'était évidemment rétréci, néanmoins ses raisonnements étaient logiques, il faisait des conclusions justes, il donnait à toutes choses l'importance qui convenait et jugeait tout régulièrement ; de plus ses pensées ne se bornaient pas à un seul jugement, mais il émettait une suite de jugements consécutifs qui révélaient de l'esprit et de la sagacité. »

Le même auteur ajoute plus loin : « D'une donnée quelconque les malades peuvent tirer une conclusion juste, ce qui explique comment ils peuvent jouer aux cartes et aux dames, lorsque la position des pièces sur le damier et les inscriptions faites sur la table aux cartes permettent au malade de juger de l'état de son jeu sans recourir à ses souvenirs. Mais pour tous ces syllogismes, ils ont besoin d'impressions qui agissent au moment même et qui font la base de leurs idées. » On trouve en outre dans la conversation la conduite et l'attitude

du malade des preuves nombreuses de l'intégrité relative du jugement. Quelques-uns semblent avoir le souci de ne pas laisser deviner l'insuffisance de leur mémoire ; ils parlent des choses en traits généraux, éludent les questions embarrassantes et évitent habilement de préciser les détails si on ne les sollicite pas. « La question posée est examinée avec soin par la malade qui réfléchit ; quelquefois elle répond au hasard pour ne pas avoir l'air d'ignorer quelque chose qu'elle considère comme énorme de ne pas savoir (1). » Ce souci de paraître normal semble entrer pour une part dans la genèse de la fabulation, souvent provoquée par les questions de l'interlocuteur.

Dans d'autres cas les preuves sont plus évidentes encore : Une de nos malades, employée dans un bouillon Duval, donnait sur son service les renseignements les plus précis, mais se dérobait dès qu'on lui demandait combien elle gagnait par jour. Elle nous a toujours refusé ce détail « parce que, avouait-elle à la fin, ça ne se disait pas, parce que ça faisait tort aux camarades. » Une autre que nous interrogions tout en feuilletant un livre, y lut, par hasard, cette phrase au passage : « Quels sont les sentiments de famille du malade? » Elle fit spontanément cette remarque : « Mais c'est idiot, les sentiments de famille du malade, ça dépend des sentiments de la famille pour le malade. »

Les idées délirantes véritables, idées de persécution ou idées mélancoliques, sont rares ; lorsqu'elles

1. Rose et Benon. *Encéphale*, décembre 1909, p. 375.

apparaissent, elles sont fugaces et peu systématisées.

D'une façon générale on note une diminution marquée de l'idéation spontanée normale ; les pensées du malade évoluent dans le même cercle restreint. Le ralentissement de l'idéation se traduit par l'aspect indifférent, apathique du sujet abandonné à lui-même. Il ne cherche pas à connaître son entourage nouveau, ou à entrer en contact avec lui. S'il parle, c'est pour poser sous une forme toujours identique des questions toujours les mêmes. Son langage est stéréotypé. On remarque vite au cours de l'interrogatoire, que le malade répond presque toujours dans les mêmes termes aux mêmes questions ; il exprime le même souvenir ancien dans des récits qui se reproduisent mot pour mot.

Lui-même, en quelques minutes, pose dix fois la même question sous la même forme : « L'interrogatoire devient tout à fait singulier et parfois énervant, car le malade répète souvent la même chose imperturbablement (1). » Korsakoff dit d'un malade qui racontait ses voyages : « Les descriptions de voyage étaient faites avec les mêmes expressions. Les récits qu'il faisait pendant sa maladie n'était que la répétition de récits précédents. » « Un malade, pendant une séance d'électricité de dix minutes, me répéta au moins cinq fois qu'il avait toujours craint l'électricité, et qu'étant encore au gymnase, il avait toujours fui le cabinet de physique. Chaque fois qu'il me le répétait, il le disait comme quelque

1. Chancellay. *La psychose polynévritique.* Thèse de Paris, 1901.

chose de nouveau en employant toujours la même phrase stéréotypée. Je savais d'avance que lorsque je lui toucherais la peau avec une électrode, il dirait : Oh ! cette électricité j'en ai toujours eu peur... »

Nous pouvons donc conclure que le malade est incapable d'aucune acquisition, d'aucune association d'idées nouvelles. Il ne se sert dans ses raisonnements que de connaissances anciennes, accumulées dans son esprit depuis longtemps. Il ne réagit aux impressions actuelles que dans la mesure où elles sont capables d'évoquer une association ancienne.

Ces éléments anciens eux-mêmes restent toujours associés de façon identique.

Sphère morale. — Au point de vue émotionnel on peut observer une certaine irritabilité morbide, mais le plus souvent de l'indifférence et même une euphorie qui contraste singulièrement avec la déchéance physique du sujet. Il ne souffre pas, il ne se plaint pas, reste isolé, inoccupé et silencieux.

Le malade ne souffre pas d'être séparé des siens, mais manifeste, lors de leur visite, des sentiments affectifs normaux. Son attitude à l'égard de l'entourage reste, en général, correcte et polie. Il est docile, facile à diriger.

En somme, ce qui paraît surtout caractériser l'état mental dans le syndrome de Korsakoff c'est :

1° Le contraste entre la précision des souvenirs anciens et le peu de fixité des images présentes qui restent momentanément inutilisables, ne s'associent pas, ne se classent pas.

2° Le contraste entre l'état confusionnel actuel avec désorientation, suggestibilité, fabulation, et la conservation de l'attention volontaire et du jugement pour ce qui concerne la vie passée.

3° Dans le domaine des sentiments : c'est encore le contraste entre cette euphorie immotivée, les réactions émotionnelles anormales de la vie actuelle d'une part, et d'autre part l'intégrité des souvenirs affectifs.

État physique. — Au point de vue physique, à côté des phénomènes polynévritiques plus ou moins accentués, sur lesquels nous ne revenons pas, il faut noter le mauvais état général. Korsakoff insiste sur la fréquence et l'intensité des troubles gastro-intestinaux au début de la maladie. Ceux-ci, quoique atténués, persistent souvent pendant longtemps : la langue sale, l'haleine fétide, les vomissements épisodiques, les alternatives de diarrhée et de constipation traduisent l'état saburral des voies digestives.

Les urines sont rares, diminuées de volume, souvent albumineuses ; on y trouve généralement de l'indican et de l'urobiline, l'épreuve de la glycosurie alimentaire est souvent positive (Klippel, Charrin, Vigouroux).

Le foie peut être augmenté de volume (cirrhose hypertrophique constituée par de la sclérose avec dégénérescence graisseuse, Dupré et Camus, Hudelo et Ribière) ou diminué par sclérose atrophique (Séglas et Strœhlin). Cette cirrhose peut s'accompagner de splénomégalie et d'ascite. Les hémorragies sont assez fréquentes ; il s'agit soit d'hémorragies vraies des muqueu-

ses, soit d'hémorragies sous-cutanées et d'éruptions purpuriques. Le teint est terreux et subictérique, la peau est sèche et couverte de sécrétions visqueuses. La fièvre n'est pas rare ; elle coïncide souvent avec la période aiguë des troubles mentaux : peu élevée et irrégulière dans sa marche, elle paraît en rapport avec les troubles gastro-intestinaux.

Le pouls au contraire est petit, rapide, faible, battant à 100 ou 120 pulsations à la minute. Il faut noter que cette tachycardie est un symptôme fréquent, indépendant de tout élément fébrile.

Du côté des organes des sens on peut observer les troubles subjectifs habituels signalés dans les intoxications, et surtout dans l'alcoolisme chronique : flammèches, étincelles, mouches, diminution de l'acuité visuelle, dyschromatopsie ; du côté de l'ouïe les bourdonnements, les bruits de cascade, de sifflet, de cloches. Il existe fréquemment de l'inégalité pupillaire sans signe d'Argyll. Le liquide céphalo-rachidien est normal ; la lymphocytose, quand elle existe, traduit l'extension à la méninge du processus de cellulo-névrite diffuse qui constitue le substratum anatomo-pathologique des psycho-polynévrites (G. Ballet-Faure).

FORMES CLINIQUES

Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, le syndrome de Korsakoff se présente avec des modalités cliniques diverses. Korsakoff avait décrit trois formes principales de l'affection. On observe, d'après lui, soit un état morbide caractérisé par de la faiblesse irritable, soit de la confusion mentale avec hallucinations et illusions, soit un affaiblissement caractéristique sans confusion mais avec troubles marqués de la mémoire.

Gilbert-Ballet a décrit une forme délirante, une forme confusionnelle, une forme amnésique. Dupré y ajoute une forme anxieuse et une forme démentielle.

Faiblesse irritable (Korsakoff). — Forme anxieuse (Dupré). — Il s'agit d'une forme légère ou d'une forme de début de la maladie. Le malade conserve sa lucidité et les troubles psychiques sont peu accentués. On observe de l'inquiétude vague, des peurs immotivées, de la panophobie. Le malade a peur de rester seul, il demande qu'on reste auprès de lui, il se croit perdu, il appelle à son secours. « Le patient ne peut

se débarrasser des inquiétudes qui l'obsèdent, il s'attend à quelque chose de terrible, à la mort, à un accès quelconque, il gémit, se plaint de son malheureux sort et de temps en temps, pousse des cris effrayants. » (Liberman.) « J'aurais voulu ne pas appeler, disait un malade de Korsakoff, mais je ne pouvais pas faire autrement ». Un autre disait que son cœur allait se rompre.

Les troubles cénesthésiques s'accompagnent de modifications de l'affectivité, le malade devient irritable et violent. Les accès d'anxiété paroxystique s'accentuent pendant la nuit. A côté de ces cas qui réalisent l'aspect clinique de ce que l'on a décrit sous le nom de délire d'attente, on observe des formes atténuées ou la diminution de l'activité intellectuelle, une modification euphorique du caractère résument tout le trouble psychique. « Le sujet rit de tout, répète sans cesse la même anecdote ancienne. » (Korsakoff.)

Forme délirante. — « Elle consiste en un délire qui présente d'habitude les caractères du rêve éveillé, délire du soir et de la nuit au début, et dans les formes légères, qui ne devient durable et permanent que dans les formes graves. Ce délire s'accompagne d'hallucinations vagues, surtout visuelles, à caractère hypnagogique. Il rappelle tout à fait le délire sur lequel M. Régis a appelé l'attention. » (G. Ballet.) Complètement indifférent au monde extérieur, le malade assiste passivement aux scènes oniriques qui se déroulent devant lui. Mobiles et variées, ces visions colorées et précises ont le caractère illogique et incohérent de rêve. Leur contenu triste ou gai absorbe sans répit l'attention du malade. « Ce-

lui-ci s'accuse d'avoir commis un crime, il se croit devant la Chambre des mises en accusation, il est très mal, il va mourir car les médecins l'ont empoisonné.» Un instant plus tard la scène a changé: « Je suis dans une gare et je vois passer des trains de marchandises et de voyageurs avec des wagons de couleurs variées. Tout ce bruit me fatigue beaucoup et j'espère ne pas y rester longtemps », ou bien il voit passer des chevaux très vite derrière une grille comme un chasseur aperçoit un lièvre dans la mire d'un fusil (1). »

Il semble y avoir, à côté de ces hallucinations à caractère hypnagogique, des hallucinations vraies. Il est particulièrement difficile au milieu de ce délire de les distinguer des illusions. Celles-ci sont très nombreuses et affectent surtout l'ouïe, la vue, la sensibilité générale. Le sujet sort de cet état de rêve si on l'interroge, il répond facilement aux questions qu'on lui pose. On constate alors de l'amnésie continue complète, de la fabulation, des illusions de fausse reconnaissance, de la désorientation dans le temps et dans l'espace, des troubles de la conscience; mais malgré l'intensité des phénomènes délirants, l'interrogatoire met facilement en évidence l'intégrité relative de la personnalité ancienne du malade avec ses souvenirs, ses jugements et ses sentiments affectifs normaux.

Forme confusion mentale. — Cette forme paraît être assez rare si on réserve ce nom aux cas où l'intensité des phénomènes d'obtusion intellectuelle donne au

1. Séglas et Strœhlin. *Presse méd.*, 25 déc. 1909.

malade l'aspect de la stupidité. Les troubles sensoriels et les troubles psychiques qui en résultent sont portés au maximum. Le malade ne réagit plus aux excitations extérieures, il ne répond plus aux questions ; l'intégrité de sa personnalité ancienne elle-même semble compromise. « Dans les formes graves, le malade oublie complètement les faits, les mots lui manquent et son nom lui échappe (1). » « Dans les formes graves d'amnésie, le malade n'a qu'une notion vague des choses et dans les cas les plus graves encore cette notion disparaît presque complètement. » (Korsakoff.) En 1899 Kalbaum publie deux cas de psychose polynévritique s'accompagnant de désorientation autopsychique dont l'un se termine par la guérison et l'autre par la mort.

Wernicke écrit de même (2) : « Il se produit parfois que la désorientation allopsychique semble aller jusqu'à l'asymbolie. C'est ainsi que j'ai pu récemment montrer comme asymbolie un malade qui n'avait présenté auparavant que le tableau moyen de la psychose polynévritique. »

Forme amnésique. — C'est la forme sur la description de laquelle a surtout insisté Korsakoff. Les troubles psycho-sensoriels sont peu marqués ou même sont complètement absents. Les illusions se bornent à des illusions de fausse reconnaissance. Le délire des périodes précédentes a disparu, laissant en évidence le dé-

1. Thèse Liberman.
2. Wernicke. *Grund. der Psych.*, P. 290.

ficit intellectuel surtout constitué par des troubles de la mémoire. « Il s'agit d'une amnésie assez particulière en ce sens que le trouble mental est limité à celui de la mémoire. La logique est intacte, le raisonnement ne paraît pas altéré contrairement à ce que l'on observe dans les démences organiques ou autres ; mais il y a d'énormes lacunes dans les souvenirs. Les malades ne savent pas s'ils sont souffrants depuis un mois ou depuis un an, s'ils ont déjà dans la journée reçu la visite du médecin. Les impressions actuelles effleurent leur cerveau sans y laisser d'empreinte. » (G. Ballet.) Le malade est aimable, se soumet de bonne grâce à l'interrogatoire, se montre capable de soutenir avec attention une longue conversation. Il raconte avec exactitude des souvenirs datant de plusieurs années, mais ne peut dire ce qu'il a fait le matin même. Les souvenirs ne semblent pas persister dans son esprit plus d'une ou deux minutes, souvent moins. « En même temps le jugement et la finesse d'esprit restent à peu près les mêmes (non altérés). Par exemple le malade ne peut se rappeler s'il a dîné, bien qu'on vienne seulement de desservir la table, et cependant ce même malade joue bien aux cartes, aux dames. A ces jeux il agit avec prévoyance, voit d'avance les suites funestes d'un mauvais coup de son adversaire et il peut faire la partie d'après un plan. Si tous les partenaires restent à leur place, il se représente clairement la marche du jeu, mais s'il leur arrive de changer de place, il n'est plus en état de continuer la partie. Dès qu'on a enlevé les cartes ou les dames et qu'il ne reste plus trace de la partie, il

l'oublie complètement et affirme qu'il n'a pas joué depuis longtemps (1). »

Les récits fantastiques de la période onirique sont devenus beaucoup plus ternes. La fabulation se réduit à quelques faux souvenirs stéréotypés et sans intérêt. Elle peut même disparaître complètement. Au lieu d'inventer ou d'accepter passivement les produits de son imagination le malade répond maintenant qu'il ne sait pas. Il semble avoir une vague conscience de l'existence sinon de l'étendue de son amnésie. Son activité psychique est ralentie. S'il est livré à lui-même, il reste apathique, inactif, stéréotypé dans son langage, mais on constate l'intégrité de ses facultés intellectuelles, attention, jugement, association des idées, lorsqu'elles s'exercent sur des éléments stables, c'est-à-dire les souvenirs anciens.

Les idées délirantes sont rares. Quand elles existent, elles sont constituées par des idées de persécution mobiles, confuses, sans tendance à la systématisation. Quelques auteurs ont cependant signalé l'apparition de véritables délires plus ou moins stables. Ces idées délirantes de quelque durée semblent appartenir de préférence à la période d'affaiblissement amnésique qui précède la guérison. Elles s'organisent soit autour d'un fait réel que le malade interprète, que son imagination déforme en en modifiant les circonstances ou en y ajoutant des détails fantaisistes, soit autour d'une idée fixe post-onirique (Ballet).

1. Korsakoff. «Des maladies de la mémoire», *Revue philosophique*, nov. 1889.

Korsakoff cite un cas où le délire apparut la troisième année de la maladie. Le malade disait « avoir été empoisonné avec du plomb..., il se rappelle même comment on l'a empoisonné, en versant du vinaigre sur une plaque de plomb. Cela lui a été dit par la personne même qui l'a empoisonné ; elle est venue le voir et le lui a dit (le malade n'avait pas vu cette personne pendant sa maladie). Cette personne était ensuite soi-disant morte de méchanceté de n'avoir pu l'empoisonner tout à fait. Le malade dit qu'il lui semble que cela est arrivé de cette manière, mais que peut-être il confond ce qui lui est arrivé réellement avec ce qu'il a entendu dire et ce qu'il pense au moment présent.

Ensuite deux pièces de monnaie de la collection du malade furent perdues pendant sa maladie. Lorsqu'il commença à se rétablir, il fut fort peiné d'apprendre que ces pièces n'étaient plus. Deux jours après il affirmait que ces pièces lui avaient été prises par son beau-frère, et il racontait avec beaucoup de détails que son beau-frère était venu lui montrer ces deux pièces en lui disant qu'il ne les verrait plus. »

Soukanoff cite deux observations analogues où les malades présentèrent des idées tardives de persécution avec interprétations délirantes. Un malade de Chaslin « avait eu, à la suite d'une psychose de Korsakoff alcoolique, un reliquat de rêve avec cette particularité qu'il ajoutait sans cesse de nouveaux détails à ce rêve. En dehors de cela il avait une euphorie considérable, mais pas de démence nette. Il a été guéri complètement

et a quitté le service, le rêve et l'euphorie ayant disparu ensemble (1). »

Ces formes ne sauraient constituer des cadres rigoureux. Comme l'a dit M. Ballet, ces formes « peuvent s'associer, se succéder et il y a entre elles des intermédiaires qui les rapprochent ». Il n'est pas rare en effet d'observer par intervalles une sédation marquée du délire onirique qui met alors en évidence le trouble de la mémoire. De même des poussées délirantes peuvent éclater au cours de la forme amnésique, à propos d'une intoxication surajoutée, d'une hémorragie ou même sans raison apparente. On peut cependant admettre d'une façon générale que l'affection se présente au début sous sa forme confusionnelle ou délirante à laquelle succède ensuite la forme amnésique. Celle-ci, souvent de très longue durée, constitue un stade plus avancé de la maladie au point de vue de son évolution. La période délirante peut être très courte ou même manquer (Korsakoff) (2) et le syndrome peut se réduire uniquement à l'amnésie continue. On peut donc considérer schématiquement la maladie de Korsakoff comme la superposition d'un délire onirique de durée et d'intensité variables à un fonds constant d'amnésie continue totale et durable.

1. Chaslin. *Société de Psychiatrie*, *Encéphale*, déc. 1909

2. *Revue philosophique*. « Sur une forme des maladies de la mémoire », p. 515.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON

Nous avons déjà pu, en étudiant la symptomatologie et les formes de la maladie de Korsakoff, nous faire une idée de son évolution. Nous avons vu les troubles mentaux éclater de façon bruyante ou apparaître progressivement et réaliser en peu de jours le tableau complet de la forme délirante.

La durée de cette période délirante est difficile à fixer. La maladie peut rester dans cet état stationnaire quelques jours, quelques semaines, plusieurs mois même, puis se continuer sans transition marquée avec la période suivante. Le délire onirique s'apaise, les hallucinations et les illusions diminuent de fréquence, l'agitation nocturne se calme, et le malade passe insensiblement à la période amnésique.

Dans les cas favorables l'amnésie elle-même s'atténue, devient consciente. Le malade commence à s'orienter, il s'intéresse au milieu, apprend à connaître son entourage, les perceptions actuelles s'associent, les faits se fixent mieux et s'évoquent plus facilement. Le malade as-

siste au rétablissement de sa vie psychique. Cette *restitutio ad integrum* semble l'apanage des formes légères où les phénomènes délirants ont peu duré. Cette issue heureuse semble plus fréquente dans les cas qui ne relèvent pas de l'alcoolisme : dans sa communication au Congrès de Paris en 1889, Korsakoff présente une douzaine d'observations où l'affection, d'origine infectieuse, se termine par la guérison complète au bout d'un temps variant de quelques mois à une année.

Souvent les troubles amnésiques persistent pendant des mois ou des années ; il est possible que la mémoire s'améliore assez pour permettre au malade de vivre au dehors, mais l'amélioration est lente et la guérison reste incomplète. « Elle peut guérir, dit Régis, mais après un temps habituellement très long et en laissant à sa suite un certain déficit mental. »

En quoi consiste ce déficit mental? Korsakoff nous le montre chez un malade intelligent et instruit qu'il eut l'occasion d'observer cinq ans après le début de la maladie. L'observation est particulièrement intéressante et nous la citons tout au long. C'était un avocat qui faisait des abus d'alcool.

« En 1881, il prit une fièvre après laquelle il se développa un trouble profond de l'activité psychique et une paralysie des membres inférieurs. Le malade fut placé dans un hôpital et, d'après ses paroles, la paralysie disparut au bout de quelques mois ; mais, depuis, il souffre d'un trouble profond de la mémoire qui, du reste, disparaît peu à peu. Les premiers temps de sa sortie de l'hôpital, il ne se souvenait absolument de rien de

ce qui se faisait autour de lui ; il oubliait tout. Cependant, ses facultés intellectuelles étaient en si bon état qu'il pouvait bien remplir les fonctions de correcteur d'un journal ; il pouvait très bien indiquer toutes les fautes d'une ligne et, pour ne pas perdre la ligne, il faisait des remarques au crayon ; s'il n'avait pas eu ces points de repère, il aurait peut-être toujours lu la même ligne. Il ne reconnaissait ni le lieu où il demeurait, ni ses nouvelles connaissances.

« Cependant, la mémoire revenait peu à peu et quatre ans après le début de sa maladie, il recommença à travailler comme avocat. C'est alors que j'eus l'occasion de le voir pour la première fois. C'est un homme de 40 ans, d'une bonne constitution. Quant à la mémoire, elle était fortement troublée. Le malade se rappelait avec grand'peine ce qui était arrivé dernièrement. La conversation qu'il avait eue la veille, il l'oubliait le lendemain. La veille il avait travaillé, compulsé le dossier d'une affaire et le lendemain il ne se souvenait plus de cette affaire, de quoi il y était question, etc. S'il avait quelque chose à faire le lendemain, il devait l'inscrire, le mettre en un lieu évident, sinon il oubliait ce qu'il devait faire. Il est évident que ce manque de mémoire continuel était assez pénible pour le malade. Cependant il constatait lui-même que ce n'était pas de l'oubli absolu, mais seulement une impuissance à se rappeler les choses à son gré, et il employait toutes les ruses possibles pour se placer dans des conditions favorables à la mémoire. Ainsi, en allant plaider une affaire (du reste la plupart de ses clients n'étaient pas des gens exigeants);

lorsqu'il occupait sa place, il ne pouvait absolument pas se rappeler de quoi il s'agissait, bien qu'il eût lu l'affaire la veille. Mais pour ne pas se trouver dans une position embarrassante, il écrivait pour lui un abrégé de l'affaire et, en le lisant, il s'en remettait les détails, et en plaidant, il évitait les faits et employait les lieux communs qui convenaient au sujet. Il disait que, de cette manière, il pouvait bien conduire les affaires, d'autant plus qu'ayant un point de départ, il pouvait raisonner convenablement et donner des raisons plausibles...

« Il se trouvait encore dans une position embarrassante, lorsqu'il rencontrait quelqu'un qui lui rappelait des débats très vifs qui avaient eu lieu la veille et qu'il avait conduits lui-même ; il ne pouvait se rappeler ce que c'était et de quoi il avait été question. Mais sachant la faiblesse de sa mémoire, il tâchait de s'arranger de manière que celui qui lui parlait, lui expliquât lui-même de quoi il s'agissait. Il répondait par un lieu commun et posait lui-même une question, et peu à peu il se rappelait les débats de la veille, sans reliefs, sans images, mais assez clairement pour pouvoir continuer la conversation sur ce thème et ne pas contredire ce qu'il avait avancé la veille. Cependant, la question de savoir si c'était là ce qu'il avait dit la veille, l'inquiétait toujours, il craignait d'avoir avancé le contraire. Mais le malade dit que toutes ses connaissances l'assuraient qu'il ne se trompait pas, qu'il était conséquent avec lui-même, qu'il parlait en partant toujours des mêmes principes et qu'il n'y avait pas de contradictions dans ses paroles. Cette absence de contradiction et sa saga-

cité étonnaient le malade lui-même. Il a conscience lui-même, qu'il lui manque de la vivacité, de l'énergie. En se rappelant ce qu'il était autrefois, il reconnaît une profonde différence. Autrefois, c'était un homme ardent, énergique, que les injustices révoltaient puissamment, tandis que maintenant il ne se révolte presque plus ; il a une espèce de sang-froid, qui ne vient pas de la conscience de sa force, d'un point de vue élevé, mais qui est la suite de la faiblesse de l'énergie.

« Pendant le cours ultérieur de la maladie, la mémoire du malade s'améliorait de plus en plus, il était plus content de son état et il devenait toujours plus apte à un travail intellectuel. »

Bien que dans ce cas l'amélioration se poursuive encore lentement, et que l'évolution ne soit pas encore achevée, on peut prévoir quel sera le reliquat de l'affection : un affaiblissement partiel de l'intelligence, portant surtout sur la mémoire et respectant les autres facultés, une amnésie d'évocation des souvenirs récents ; du côté de la sphère affective, une diminution de l'énergie, une tendance à l'indifférence et à l'apathie. « La maladie, dit Soukanoff, laisse le plus souvent des défauts de mémoire, et un affaiblissement plus ou moins marqué de l'énergie psychique, surtout dans les cas d'origine alcoolique. »

L'issue est loin d'être toujours aussi favorable, dans nombre de cas l'affection passe à la chronicité et à la démence. Tous les auteurs ont noté cette terminaison mais ils n'ont fait en général que la mentionner sans montrer dans quels cas et chez quels sujets s'effectuait

le passage à la démence, sans indiquer si cette démence présente un aspect clinique qui permet de la distinguer des autres formes.

Korsakoff dit à ce sujet (1) : « L'issue de la maladie dépend de son intensité et des conditions dans lesquelles elle s'est développée. Si la cause de la maladie peut être éloignée, son issue est souvent favorable... si au contraire la cause de la maladie est irréprimable, si par exemple elle s'est développée sur le terrain d'une cachexie tuberculeuse ou cancéreuse, l'issue est le plus souvent défavorable. » Plus loin le même auteur ajoute : « Il arrive que la maladie ne passe pas et s'accroît de jour en jour, dans ce cas la particularité caractéristique de l'amnésie dont nous parlons n'est pas si nette, car avec l'oubli des choses récentes il se développe aussi l'oubli des choses anciennes, la malade confond tout, oublie tout, même son propre nom. »

Soukhanoff dit de même : « Dans des cas peu nombreux la psychose de Korsakoff aboutit à une démence profonde. Parfois et surtout lorsque la résistance du cerveau est affaiblie comme dans certains cas d'origine alcoolique ou dans l'âge sénile on peut observer des phénomènes de faiblesse mentale rendant difficile le diagnostic différentiel et entraînant un pronostic défavorable. »

Les auteurs allemands se sont surtout occupés de la forme chronique de cette psychose pour la différencier ou la rapprocher de la presbyophrénie de Wernicke. (Krœpelin, Wollenberg, Wernicke).

1. *Congrès de Paris*, 1889.

La démence polynévritique a récemment attiré l'attention des aliénistes français. Dupré et Charpentier écrivent en 1908 (1) : « Nous croyons qu'il serait intéressant de rechercher, à l'origine de certains états démentiels d'étiologie imprécise, les antécédents de psychose polynévritique même atténuée et de considérer quelques-uns de ces états démentiels comme les reliquats, les séquelles, du syndrome de Korsakoff contemporains d'une polynévrite plus ou moins ancienne. D'après nos observations personnelles, ces démences d'origine psychopolynévritique s'observeraient le plus souvent chez la femme après la ménopause et se spécifieraient par l'association aux signes somatiques de la polynévrite des membres inférieurs, d'un affaiblissement psychique particulier portant principalement sur la mémoire, surtout la mémoire de fixation et entraînant de la désorientation, de la confusion chronique et des troubles multiples de l'activité pratique qui rendent impossibles le travail, les occupations de l'existence et entravent complètement la vie des malades. »

L'année suivante, après avoir présenté un résumé des travaux allemands sur la presbyophrénie, les mêmes auteurs se montrent tentés de considérer cette forme particulière de démence sénile (2) « comme une psychopolynévrite insidieuse et d'emblée chronique ou consécutive à une polynévrite aiguë avec syndrome de Korsakoff ayant évolué vers la chronicité. »

1. *Encéphale.* Avril 1908.
2. Dupré et Charpentier. *Encéphale*, février 1909.

Presque en même temps Chartier publie un cas de psychose polynévritique survenue chez une éthylique de 63 ans qui versa en quelques mois dans la démence. L'auteur résume ainsi l'état mental de sa malade : « En somme, on assiste au passage à la chronicité de cet état de confusion mentale amnésique, et à un affaiblissement progressif de la sphère psychique caractérisé par l'appauvrissement des idées délirantes, le puérilisme mental, l'inattention et se rapprochant par certains caractères (égoïsme, irascibilité, alternatives de larmes et de rires) de l'état de démence sénile. »

Deny et Camus présentent en mai 1909 à la Société de Psychiatrie comme démence polynévritique une malade de 49 ans, éthylique ancienne.

L'évolution d'un syndrome de Korsakoff type laisse au bout de dix-huit mois chez cette malade un état démentiel que les auteurs caractérisent ainsi : « L'amnésie est complète et porte sur les faits récents et anciens. Elle s'oriente un peu, non par souvenirs mais par attention et analyse de ce qu'elle voit. Elle ne sait pas le mois, mais nous dit que c'est plutôt le printemps car les feuilles des arbres sont encore d'un vert tendre. Elle a conscience de son amnésie mais ne s'inquiète que peu de son état. Elle ne fabule plus, ne cherche plus à combler les lacunes si considérables de sa mémoire. Le sommeil est régulier, mais présente encore une activité de rêve un peu anormale (rêves professionnels, cauchemars).

Une malade de Rose et Benon présente les mêmes particularités étiologiques et cliniques. C'est une femme

de 66 ans, alcoolique de longue date. Les signes de polynévrite sont peu marqués. « L'affaiblissement des facultés est partiel et porte plus particulièrement sur la fonction générale mémoire. La malade présente de l'amnésie rétro-antérograde. L'amnésie antérograde est une amnésie de fixation presque complète qui s'étend sur une dizaine d'années, c'est elle qui domine le tableau clinique. Elle n'est pourtant pas totale, car la malade a conservé quelques souvenirs, il est vrai qu'elle ne les rappelle que rarement et avec une grande difficulté. L'amnésie rétrograde est une amnésie de conservation ou de reproduction portant sur cinq à dix années. Les faits de cette période ont disparu ou ne peuvent plus être évoqués. L'attention spontanée est très troublée, l'attention volontaire est relativement bien conservée : la question posée est examinée avec soin par la malade qui réfléchit ; quelquefois elle répond au hasard pour ne pas avoir l'air d'ignorer quelque chose qu'elle considère comme énorme de ne pas savoir, et cela implique un état morbide psychique assez hautement conscient. Les phénomènes d'association des idées se font plutôt normalement chez la malade. Elle ne fabule pas ou plutôt elle ne fabule plus. Le jugement n'est pas disparu. Si les jugements qu'elle porte sont assez simples ils sont exacts. D'une manière générale, elle a une conscience relative de sa situation.

« Dans la sphère affective, rien de très anormal ; la malade pleure quand elle évoque le souvenir de son mari, quand elle fait une réflexion spontanée ou provoquée sur son état mnésique. Elle n'est ni coléreuse, ni

excitée. Elle n'a pas de sensiblerie. En résumé l'état psycho-pathologique de cette malade est un état démentiel avec affaiblissement partiel des facultés mentales portant avant tout sur la mémoire de fixation sans altération profonde du jugement. » Nous retrouvons dans toutes ces observations nombre de caractères communs. De l'examen de ces faits, on peut conclure d'abord qu'au point de vue étiologique, comme l'ont déjà dit MM. Dupré et Charpentier, la démence frappe de préférence des femmes déjà âgées, après la ménopause et qu'elle est surtout consécutive aux psychoses polynévritiques alcooliques.

Cliniquement, elle se caractérise par une prédominance marquée des troubles de la mémoire. L'amnésie est rétro-antérograde. L'amnésie antérograde est complète elle porte sur toutes les perceptions. L'amnésie rétrograde est souvent complète pour les dernières années qui ont précédé le début de la maladie confirmée ; elle n'est que lentement progressive. Les souvenirs des premières dizaines d'années sont conservés.

« Cette amnésie entraîne la désorientation continue, le désordre des actes et l'impossibilité de la plupart des opérations intellectuelles et pratiques de la vie. Le malade est en partie conscient de cette amnésie, sinon dans son étendue, son degré et ses conséquences, du moins dans son existence et sa gravité. » (Dupré Charpentier)

L'attention spontanée a disparu ; l'attention volontaire persiste quoique diminuée dans son intensité et la durée possible de son application.

Le jugement et l'association des idées ont conservé

en dehors des troubles mnésiques, une intégrité relative.

L'activité psychique est ralentie. La fabulation a cessé. Il existe peu ou pas d'idées délirantes. On signale peu de troubles psycho-sensoriels. Les malades se montrent calmes et dociles : ils sont apathiques et indifférents pour leur milieu actuel.

Les modifications de la sphère morale en général sont assez peu accentuées et n'atteignent qu'exceptionnellement le degré qu'elles présentent dans la démence sénile.

En résumé nous retrouvons dans cette démence les symptômes de la forme amnésique passée à l'état chronique et évoluant lentement vers un état d'affaiblissement intellectuel de plus en plus intense.

Le syndrome de Korsakoff se termine dans un certain nombre de cas par la mort survenant de façon précoce, en pleine période délirante, au cours des premières semaines de l'internement. Elle s'annonce alors par des troubles fonctionnels ou généraux graves : tachycardie intense, dyspnée, syncopes, attaques apoplectiformes. Elle est provoquée soit par l'extension de la polynévrite aux nerfs bulbaires, soit par l'intoxication profonde consécutive à l'insuffisance hépato-rénale.

Korsakoff dans un mémoire où il étudie 20 cas de psychoses polynévritiques signale 8 fois la terminaison par la mort.

Chancellay a insisté sur la fréquence de cette issue fatale. Il signale dans sa thèse une statistique de 12 cas sur lesquels il constate « huit morts survenues au bout d'un mois à quelques semaines et une malade sortie

mourante de l'asile ». L'auteur fait cette réserve qu'il s'agit de cas observés dans un asile public, tous graves d'emblée. Dans la plupart des cas, l'affection était d'origine éthylique.

Les statistiques de Jolly témoignent également de la fréquence de ces cas mortels.

DIAGNOSTIC

Le syndrome de Korsakoff, par son origine toxi-infectieuse, par ses signes physiques généraux, par son délire onirique, par ses troubles psychiques envisagés dans leur ensemble, appartient à la confusion mentale. Il n'y a en effet aucun des termes de la définition de cette forme morbide telle qu'on l'a donnée (Chaslin, Séglas, Anglade, Régis), qui ne puisse s'appliquer à la psychose polynévritique. Mais cette confusion mentale se présente en clinique sous des aspects multiples, où se combinent, dans des proportions variées, des troubles divers de l'activité psychique volontaire ou automatique. La maladie de Korsakoff représente une de ces modalités cliniques ; ses symptômes toujours identiques à eux-mêmes justifient sa description comme un syndrome à part. Elle est caractérisée au point de vue mental : 1° par un fonds constant d'amnésie continue auquel s'associe souvent de la fabulation et un degré plus ou moins intense de délire onirique ; 2° par l'intégrité relative de la personnalité psychique ancienne

du malade. Au point de vue somatique on note la fréquence des phénomènes polynévritiques, mais on ne saurait admettre que les polynévrites tiennent sous leur dépendance les troubles mentaux. Polynévrites et troubles mentaux traduisent « l'atteinte bipolaire » du système nerveux (Dupré). Ce sont deux manifestations morbides d'une cause unique : l'infection ou l'intoxication de l'organisme. C'était déjà l'opinion de Korsakoff : « L'observation m'a forcé à rattacher les troubles psychiques en question à la névrite multiple en général, et à expliquer l'origine de ce trouble par l'influence des mêmes conditions morbides qui provoquent la névrite multiple. » Il reconnaît aussi que « dans quelques cas les symptômes de polynévrites sont peu prononcés ». « Les phénomènes de polynévrites peuvent être si peu marqués et si passagers qu'il est difficile de prouver cliniquement leur existence, et cela précisément dans le cas où le tableau psychique existe d'une manière très marquée et très démonstrative. » (Soukhanoff.) La dénomination étiologique de « cérébropathie toxhémique » que Korsakoff donne encore à l'affection, semble témoigner qu'il n'accordait pas aux polynévrites une importance capitale dans le syndrome. D'ailleurs les troubles mentaux seuls suffisent à assurer à l'affection son individualité clinique.

Le syndrome de Korsakoff se différencie de la confusion mentale primitive par l'aspect extérieur du malade et par les caractères particuliers des troubles psychiques : L'étonnement, l'égarement, la stupidité sont beaucoup plus accentués chez le confus ; sa phy-

sionomie reste inerte, inexpressive, et trahit seulement l'incohérence de son état mental. Dans la psychose de Korsakoff, le facies habituellement distrait se modifie ; dès qu'on adresse la parole au malade, il s'anime, s'adapte facilement aux variations de l'état émotionnel. Le langage est correct, facile, les questions sont bien comprises, la perception des objets extérieurs est normale, l'attention volontaire est aisément fixée. L'amnésie antérograde est totale, l'amnésie rétrograde est plus ou moins accentuée, mais les souvenirs antérieurs sont intacts et facilement évoqués.

L'activité psychique est impuissante à réaliser de nouvelles associations d'idées, mais les associations anciennes sont conservées et se reproduisent de façon normale. Le jugement présente une intégrité relative.

Le confus au contraire éprouve la plus grande difficulté à adapter le mot à l'idée qu'il veut exprimer. La parole est lente, les phrases sont incomplètes et incohérentes ; les questions sont peu ou pas comprises. La perception des objets extérieurs est défectueuse, l'attention volontaire est impossible ou difficile à retenir. L'amnésie porte à peu près également sur les faits anciens et sur les faits récents ; elle est incomplète pour ces deux ordres de souvenirs. « La mémoire d'une façon générale est atteinte, la reproduction volontaire des images est singulièrement troublée, leur conservation et le pouvoir de faire des acquisitions nouvelles ne le sont pas moins. » (Chaslin.)

L'association des idées est profondément modifiée ;

elle ne se fait pas ou se fait de façon défectueuse et incohérente. Tout jugement a disparu.

Le délire onirique d'intensité moyenne dans la psychose de Korsakoff, disparaît lorsqu'on stimule l'attention du malade ; dans la confusion il est irréductible et accapare souvent toute l'activité psychique du sujet.

En résumé au point de vue clinique, les caractères de l'amnésie, la conservation plus grande de la personnalité, la faculté de donner des réponses régulières et raisonnables aux questions concernant la vie passée distinguent le syndrome de Korsakoff de la confusion mentale.

Dans quelques cas cependant le diagnostic est particulièrement difficile et Séglas cite dans ses Leçons deux cas de confusion mentale avec amnésie continue dont l'aspect rappelle celui de la psychose polynévritique. Pour Soukhanoff ces deux cas appartiendraient à la maladie de Korsakoff.

L'artériosclérose cérébrale est susceptible de donner un tableau clinique semblable à celui de la maladie de korsakoff. M. Dupré présenta à la Société de neurologie (1) un adulte artérioscléreux et alcoolique chez qui on constatait, en outre de troubles de la démarche, une amnésie antérograde continue, de la topoagnosie et les manifestations somatiques et mimiques de la peur sans trouble réel de l'affectivité correspondant. « Ce malade qui est certainement un organique (artériosclérose, alcoolisme, lymphocytose discrète) mais

1. Avril 1903.

qui associe des troubles hystériques à son état organique, n'est pas un dément. » (Dupré.)

Un malade de Soukhanoff (1) âgé de 63 ans, artérioscléreux, présentait de l'amnésie continue avec désorientation et quelques fausses reconnaissances ; il était apathique et indifférent et fabulait un peu.

La recherche des antécédents, le caractère progressif de l'affection, l'affaiblissement intellectuel global rendent en général le diagnostic aisé.

On a signalé l'amnésie continue dans les lésions cérébrales circonscrites. Dans un cas de Dide et Botcazo où elle s'accompagnait de cécité verbale pure, on trouva à l'autopsie un ramollissement double du lobe lingual. D'ailleurs aux altérations anatomiques habituelles de la psychose de Korsakoff peuvent s'ajouter des troubles plus profonds, des altérations vasculaires déterminant des hémorragies du cortex, de la protubérance et des pédoncules, réalisant alors les lésions de la polioencéphalite hémorragique supérieure de Wernicke.

Un certain nombre d'observations signalent la combinaison des deux maladies (Bœdecker, Raimann, Sückling, Mourawieff). Dans un cas grave de maladie de Korsakoff, Bonhœffer trouva un grand foyer hémorragique de ramollissement dans le cervelet. Soukhanoff dans un cas analogue constata de vastes ramollissements hémorragiques dans la région des lobes frontaux et pariétaux.

1 *Journal de neurologie*, 1903. « Sur lediagnostic différentiel de la maladie de Korsakoff ».

Les troubles psychiques des tumeurs cérébrales se présentent avec des modalités cliniques variées. Schüster signale soit une déchéance plus ou moins marquée de l'activité mentale pouvant aller jusqu'à la démence, soit des états caractérisés par des phénomènes psychiques actifs : agitation, confusion, délire hallucinatoire, manie, etc... Dans deux cas seulement il trouve le syndrome de Korsakoff. L'amnésie cependant est souvent un des premiers symptômes de tumeur cérébrale et ce n'est que plus tard que surviennent la dépression, l'apathie, la somnolence. Cette amnésie peut aller de la forme la plus légère jusqu'à l'amnésie totale. Elle présente exceptionnellement une évolution aiguë ou subaiguë, elle est en général progressive et s'aggrave à mesure que la dépression devient plus profonde ; dans quelques cas, suivant la nature de la tumeur, elle peut demeurer stationnaire ou même s'atténuer. Elle peut porter sur la totalité des souvenirs, anciens et récents ; le plus souvent elle se limiterait aux faits récents.

Dans le syndrome de Korsakoff, au contraire, l'amnésie s'installe rapidement, atteint en peu de temps son degré le plus marqué, puis reste longtemps stationnaire. Elle est très lentement progressive dans les cas d'évolution vers la démence. A côté des caractères différentiels de l'amnésie l'atteinte plus profonde de l'activité psychique, l'obnubilation intellectuelle plus marquée, l'absence ou l'indigence de la fabulation dans les cas de tumeur, sont en dehors des troubles fonctionnels, autant d'éléments de diagnostic. Il faut signaler que dans quelques cas, des tumeurs cérébrales semblent

avoir provoqué l'apparition d'un syndrome de Korsakoff véritable. (Monkemöller et Kaplan)

Nous retrouvons des troubles psychiques rappelant de très près ce même syndrome dans la méningo-encéphalite syphilitique.

Dans un cas de Chaslin, il existait de l'amnésie antérograde avec amnésie rétrograde étendue et une intégrité remarquable des autres facultés.

Un malade de Séglas présentait de l'amnésie rétro-antérograde consciente sans fabulation ni délire.« On ne peut manquer d'être frappé de l'ignorance du malade, du caractère de nouveauté que semble avoir pour lui tout ce qui l'entoure, en constatant, d'autre part, qu'il est très lucide, qu'il cause raisonnablement, répond avec aisance quand on ne fait pas un appel direct à sa mémoire, qu'il se rend compte de tout ce qui se passe autour de lui au moment même, et qu'en somme il a conservé une certaine vivacité d'esprit et un « humour » qui lui était, paraît-il, habituel. » (Séglas)

Quelques symptômes permettaient de rapporter les troubles mentaux à la méningo-encéphalite : signe d'Argyll, épilepsie symptomatique, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. L'évolution dura plusieurs années ; le malade, devenu dément, mourut en état de mal épileptique.

Les troubles de la mémoire, la désorientation, les parésies des psychopolynévrites sont susceptibles d'en imposer, au premier abord, pour une paralysie générale. On a en outre signalé dans la psychose de Korsakoff, rarement il est vrai, de l'embarras de la parole

(Chotzen, Soukanoff) ou le signe d'Argyll (Chotzen).

L'examen détaillé des troubles mentaux et leur évolution faciliteront le diagnostic différentiel. On note dans la paralysie générale une atteinte globale des facultés. La sphère intellectuelle et la sphère morale sont également atteintes. Les idées délirantes véritables sont beaucoup plus nombreuses, elles présentent une fixité plus grande et un cachet d'absurdité qu'on ne trouve pas dans la maladie de Korsakoff. L'attention volontaire est très diminuée, le jugement a disparu. Même dans les cas où les troubles de la mémoire sont prédominants, on n'observe pas un contraste aussi marqué entre l'amnésie totale des faits récents et l'intégrité des souvenirs anciens. La conduite, l'attitude du paralytique traduisent l'atteinte profonde des sentiments affectifs et moraux. Les actes et les paroles caractérisent la démence du sujet.

« Le développement lent de la lésion dans la paralysie générale, l'augmentation graduelle de la déchéance physique. la modification de l'individualité du malade, l'altération grave de toutes les fonctions psychiques, tout cela est envisagé par nous comme des symptômes différentiels très sûrs, séparant cette maladie de la psychose de Korsakoff. » (Soukhanoff)

La démence alcoolique se distingue par les caractères des troubles mnésiques et les modifications de la sphère morale. L'amnésie s'est installée lentement, progressivement ; elle est moins absolue pour les faits récents. L'amnésie rétrograde est progressive, elle s'accompagne d'un affaiblissement notable de toutes les

facultés intellectuelles. Les sentiments moraux sont diminués ou même ont disparu. Le malade est devenu instable, irritable et impulsif, on note souvent des idées confuses de persécution, de jalousie, de l'hypochondrie.

Une forme spéciale de démence sénile, la presbyophrénie de Wermicke offre des analogies frappantes avec le syndrome de Korsakoff. Pour Wermicke « c'est une maladie mentale propre à la vieillesse. Elle se montre comme la psychose polynévritique « sous deux formes, l'une aiguë et délirante, l'autre chronique. Cette dernière, lorsqu'elle est de longue durée, peut être considérée comme incurable ; elle présente les mêmes symptômes que la psychose polynévritique à son stade chronique: désorientation allopsychique sans confusion, perte de la faculté d'observation avec conservation de l'attention, fabulation, amnésie rétroactive. A cela s'ajoutent des modifications morbides de l'humeur, tantôt une euphorie immotivée, tantôt une humeur coléreuse...

« La forme aiguë ou délirante de la presbyophrénie a, dans son essence, les mêmes caractéristiques que la forme chronique, à l'exception peut-être de l'amnésie rétroactive. Il existe en outre un degré modéré d'agitation, de l'insomnie, des hallucinations intermittentes surtout visuelles...

« L'expression du visage, les gestes, les paroles écartent l'hypothèse de démence. Dans son ensemble, elle présente le tableau d'un delirium tremens très atténué et d'autant plus prolongé.

« Je me souviens d'un cas de ce genre, chez une femme

de 76 ans, restée jusqu'à cet âge très active. La malade guérit et resta capable de continuer encore de longues années un très important commerce. La durée de la maladie est, dans les cas fréquents d'ailleurs qui aboutissent à la guérison, de quatre à huit semaines. Dans les autres cas, elle passe insensiblement à la forme chronique; ou bien il reste une démence sénile qui constitue toujours le stade terminal de la forme chronique (1). » (Wernicke.)

Tilling et Jolly rapprochent comme Wernicke la presbyophrénie du syndrome de Korsakoff.

Krœpelin sépare nettement les deux affections; « les troubles de la mémoire, l'appauvrissement psychique, le défaut de jugement sont incomparablement plus accusés chez le presbyophrénique que chez l'alcoolique atteint du syndrome de Korsarkoff; ces derniers gardent intact le capital psychique de presque toute leur vie antérieure. Les alcooliques polynévritiques sont plus indifférents et plus obtus, tandis que dominent dans la presbyophrénie, l'agitation et le bavardage des vieillards. Le ton affectif est aussi dans les deux cas très différent: tandis qu'on observe chez le buveur une sorte de contentement jovial légèrement humoristique, chez le presbyophrénique, au contraire, on constate un état de satisfaction niaise et vide de toute idée.»

La majorité des auteurs allemands, Monkemœller Schultze, Rohde déclarent qu'on peut toujours différencier les deux syndromes. Bonhœffer pense égale-

1. Wernicke. *Grund. der Psych.*, p. 290.

ment qu'il est impossible de les confondre. Pour Soukhanoff, la presbyophrénie se différencie par une apparition et une évolution progressives de l'amnésie, une déchéance plus marquée de l'activité intellectuelle, une diminution plus considérable des sentiments moraux.

En France, au contraire, MM. Dupré et Charpentier ont signalé la fréquence de l'association de la presbyophrénie à la polynévrite et considèrent l'ensemble du tableau morbide « comme une psycho-polynévrite insidieuse et d'emblée chronique, ou consécutive à une polynévrite aiguë avec syndrome de Korsakoff ayant évolué vers la chronicité (1). »

1. *Encéphale*, février 1909, p. 149.

OBSERVATIONS

Observation I

Alcoolisme chronique. — Délire onirique. — Amnésie continue. Fabulation. — Polynévrites. — Mort.

Octavie C..., 54 ans, entre à l'asile de Maison-Blanche le 5 décembre 1908.

Antécédents héréditaires. — Une grand'mère aurait présenté des troubles mentaux avant sa mort. Un père buveur. Une nièce épileptique internée. Une sœur morte d'urémie.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures. Excès alcooliques anciens. Prenait du vulnéraire, du « mêlé-cassis », après le déjeuner un marc, le soir un grog quelquefois. Pituite le matin et dans la journée.

Depuis huit mois, crampes très douloureuses dans les mollets, fourmillements, douleurs dans les talons. Cauchemars avec zoopsie, disait que « les chats et les rats lui rongeaient les mollets ». Ménopause depuis neuf mois.

Ne semblait pas perdre la mémoire. Ce n'est que quinze jours avant l'internement qu'on s'aperçoit qu'elle confond les noms des locataires. Depuis quelque temps se montrait apathique,

déprimée, absorbée, disait : « Je vais devenir folle. » Insomnie. Se levait sans cesse. Marchait bien. Dix jours seulement avant l'entrée, elle déclare brusquement qu'elle ne peut plus marcher, ni se tenir sur les jambes. Transportée à l'hôpital Boucicaut elle est presque aussitôt évacuée sur Sainte-Anne.

État mental. — État onirique très accentué. La malade est alitée. Elle est agitée et crie continuellement, se plaint d'avoir mal aux jambes, demande du champagne, du vin blanc, une menthe, « c'est plus rafraîchissant que votre lait ».

Appelle sans cesse : « Aurélie... Maria... maman... venez donc me voir... embrassez-moi... je suis toute seule, je m'ennuie... » Un instant après : « Ouvrez donc la fenêtre à mon mari, il attend dehors sous la pluie. » Elle demande qu'on lui retire ses bottines qui la gênent ; elle dit qu'elle est couchée sur des briques. Elle étouffe, il lui faut de l'air. « Venez me chercher, je suis très mal. »

Dit avoir 32 ans (54 ans). Ne se rappelle plus sa date de naissance.

Désorientation complète dans le temps et dans l'espace. Ne sait pas l'année actuelle, ne sait pas le mois ; répond cependant un instant après qu'on est en décembre (exact).

D. Quelle heure est-il ? — R. Il peut être 3 heures (10 heures).

D. Où êtes-vous ici ? — R. Rue Mercadet.

D. Depuis quand ? — R. Depuis six mois.

D. Quels sont les gens qui sont ici ? — R. Des ouvriers.

Quelques instants après elle répond à la même question : « Je suis ici, rue des Martyrs. »

Plus tard : « Je suis à Lariboisière, il y a cinq ou six ans que je traîne ça, c'est mon retour d'âge qui me travaille, je suis très nerveuse et voilà bien quinze mois que je ne vois plus. »

Fausses reconnaissances. — Elle connaît l'infirmière, depuis quatre ans au moins, elle la connaissait de réputation. Une autre infirmière est sa camarade d'atelier. Le médecin, c'est M. X..., le tailleur de la maison où elle travaillait. Elle reconnaît l'interne, elle l'a vu un jour qu'elle est venue visiter ici...

Mémoire. — La malade donne des renseignements sur sa famille : Ses grands-parents étaient vignerons, son père était chef de gare. Elle se rappelle l'occupation allemande de 1870. « J'étais à Provins, on a logé les Prussiens à Provins. »

Elle donne des détails sur sa vie et son apprentissage, sur sa fille qui est morte à l'âge de 3 ans.

Elle a oublié les faits-divers les plus bruyants des dernières semaines. Elle lit sur un journal : *Le complicee de Mme Steinheil.* « Je ne sais pas du tout ce que c'est que Mme Steinheil, je ne sais pas du tout ce qu'elle a fait. »

Amnésie continue totale pour les faits actuels.

Fabulation. — D. Est-on venu vous voir ce matin ? — R. Oui, mon ami est venu, il est porteur aux Halles (faux).

D. Avez-vous déjeuné ? — R. Oui, j'ai pris un peu de menthe et j'ai mangé un bout de pain avec du beurre (faux).

D. Êtes-vous sortie — R. « Je suis allée, à Lariboisière conduire une demoiselle et puis je suis allée à Saint-Ouen chez ma cliente. Je suis arrivée à 2 heures. J'ai causé un peu avec l'oncle de son mari, nous avons beaucoup parlé de Saint-Dizier, parce que je suis de Saint-Dizier. »

Mme C... ne présente pas d'idées délirantes. Elle répond correctement et fait attention aux questions qu'on lui pose. Elle calcule bien :

$8 \times 8 = 64 \quad 6 \times 8 = 48.$

$17 + 18 \quad 17 + 17 = 34$ et 1 35.

23 + 28 = 31 non 41 non 51 (se corrige spontanément).

Quelques réponses montrent l'intégrité relative du jugement :

D. Êtes-vous mariée ? — R. Non, je ne suis pas mariée, je ne peux pas dire que je suis mariée, ce serait un mensonge et quand il s'agit de choses un peu sérieuses je n'aime pas à mentir.

A la fin de l'examen la malade nous demande « combien elle nous doit pour notre visite ».

La malade n'a qu'une conscience très imparfaite de sa situation.

D. Voulez-vous vous lever ? — R. Pas pour le moment ! j'ai des crampes dans les jambes, mais dans quelques minutes ça se passera.

En dehors des paroxysmes douloureux la malade ne se plaint pas. « Ça va bien », répond-elle quand on l'interroge sur sa santé. Elle ne s'inquiète pas et paraît même plutôt euphorique.

Sensibilité. — Quand elle souffre, elle se plaint de douleurs fulgurantes ou lancinantes, de crampes, de fourmillements, de brûlures.

Le délire présente une recrudescence nocturne très marquée, les douleurs spontanées sont aussi plus violentes pendant la nuit.

La malade passe ses nuits à délirer et à se plaindre pendant des heures, répétant sans cesse : « Oh la la... je souffre. »

Les sensibilités tactile et à la douleur sont altérées. Accuse une sensation de frottement quand on la pique. Une piqûre assez forte « brûle comme s'il tombait une goutte de bouillon très chaud, mais on sent que c'est sec. »

Le frottement de la plante du pied avec une pointe mousse brûle. Le pincement de la peau donne également une sensation de brûlure.

La sensibilité de la face externe des jambes est très diminuée.

Les sensations tactiles sont mal localisées, mal définies, confuses, retardées.

L'exploration des masses musculaires et des trajets nerveux est très douloureuse.

La malade, lorsqu'elle a les yeux fermés, est incapable de signaler les changements de position qu'on imprime à ses membres inférieurs, et de déterminer leur position respective. La sensibilité des membres supérieurs est moins atteinte.

Paralysie flasque des membres inférieurs. Les pieds sont tombants en varus. Les mouvements volontaires du pied et des orteils sont supprimés. Les mouvements de flexion, d'extension, de rotation ou de latéralité de la jambe et de la cuisse sont impossibles. La jambe ne parvient pas à quitter le plan du lit. Les membres restent dans la position où ils ont été placés.

Membres supérieurs : Paralysie complète des extenseurs de la main et des doigts. La main est tombante, les doigts en demi-flexion, le pouce en adduction : Parésie des différents groupes musculaires du bras et de l'avant-bras.

Les muscles de la ceinture scapulaire paraissent peu touchés. Soubresauts tendineux fréquents aux mains et aux pieds. Tremblement des mains. La malade est incapable de s'alimenter seule. Les muscles du tronc sont atteints. La malade ne peut s'asseoir spontanément. Elle ne peut rester assise sans être soutenue. Rien aux muscles de la face. Tremblement fibrillaire de la langue.

Pas de troubles de la parole. — Abolition des réflexes rotuliens. Abolition des réflexes plantaires. Atrophie des masses musculaires des membres plus accentuée aux extrémités. Inégalité pupillaire G>D sans signe d'Argyll.

Albuminurie légère. — Gâtisme qui semble subordonné à

l'état mental. Pouls 120 à 130. Accélération du rythme respiratoire. Quelques râles sibilants à l'auscultation. La température oscille pendant cinq jours entre 37°8 et 38°4, puis les oscillations s'accentuent entre 36°8 et 38°6 pendant six jours et la malade meurt avec des signes de dyspnée, de la tachycardie et une élévation brusque de température à 40°5. Pendant les trois semaines de son séjour à l'asile, les troubles mentaux ont constamment présenté le même aspect clinique.

Observation II

Alcoolisme chronique. Amnésie continue. Hallucinations et interprétations délirantes. Intégrité relative du jugement. Polynévrites. Amélioration lente.

Rosalie V..., 40 ans, entre à Sainte-Anne le 21 novembre 1908, où l'on rédige le certificat suivant : Alcoolisme chronique, obtusion intellectuelle et hallucinations, cauchemars, crampes, bourdonnements d'oreilles, pituites, tremblement des mains, abolition des réflexes patellaires, faiblesse musculaire des membres inférieurs. Parésie des extenseurs.

La malade reste cinq mois à Sainte-Anne. Elle est transférée à Maison-Blanche en mars 1909.

Antécédents personnels. — La malade tenait un débit de vins et buvait beaucoup : amer Picon, vulnéraire, rhum, apéritifs variés, peu de vin.

Depuis plus d'un an son mari avait remarqué qu'elle perdait la mémoire, elle se fait un jour conduire au Bon-Marché, garde sa voiture, l'oublie à sa sortie et en prend une autre. Idées de jalousie : elle épie et surveille son marie. Insomnie, cauchemars et délire nocturne par intervalles plusieurs mois avant l'entrée.

Début très rapide des troubles polynévritiques en trois ou quatre jours, un mois avant l'entrée à l'asile. Accentuation vers la même époque des troubles mentaux.

13 *mars* 1908. — Examen à l'entrée. Désorientation dans le temps et dans l'espace.

« Nous sommes en 78 en 88 (1908) au mois de mai (mars). »

« Je suis ici à Rodez, depuis quinze jours, chez M. X..., mon beau-frère qui est camionneur. »

Fausses reconnaissances. — « Je vous ai déjà vu à X..., chez le pharmacien. »

Quelques minutes plus tard : « Je vous ai vu dans une pharmacie boulevard de Strasbourg. » Une malade alitée en face est sa tante V...

Mémoire. — « J'ai 40 ans, je suis née en 1868 (exact), je me suis mariée en 88, je n'avais pas tout à fait 20 ans. Nous sommes allés à Rodez, mon mari était voyageur mais nous n'y sommes pas restés longtemps, nous sommes venus à Paris. Nous avons habité chez une tante jusqu'à ce que nous ayons une situation. J'ai été caissière chez X... boulevard Bonne-Nouvelle, et mon mari a été pendant sept ans contrôleur aux tramways. » (Ces renseignements nous ont été confirmés.)

N'a conservé aucun souvenir des faits récents. Arrivée de la veille elle croit être ici « depuis un mois parce que le sang la travaillait ». Ne sait pas qu'elle vient de Sainte-Anne. « Je n'ai jamais été à Sainte-Anne. » Ne sait pas si elle a changé d'asile, ne se rappelle aucun des événements de la journée. Oublie au bout d'une ou deux minutes les renseignements qu'on lui donne sur sa maladie, sur son séjour à l'asile, ou sur le personnel.

Pas de fabulation. — D. Qu'avez-vous fait aujourd'hui ? — R. J'ai aidé un peu à travailler au ménage, et puis j'ai déjeuné

et je me suis couchée. (La malade est incapable de se tenir debout.)

« Hier je suis allée me promener en tramway et puis j'ai vu un incendie. »

Interprétations délirantes. — « Je vous assure qu'on me tient es pieds... Je ne sais pas qui... Je ne sais pas si c'est électrique ou non. C'est pour l'épuration du sang, sans doute... Ça m'étonne qu'on puisse me toucher les jambes sans que je voie rien, mais il peut y avoir des lits à double fond. Je ne sais pas comment cela se fait... c'est peut-être mécanique... Regardez ma main comme elle se vide. »

Hallucinations. — La malade soulève ses couvertures et écoute : « Vous entendez, on me dit : « Tu pues, tu pues », ou bien « la personne qui lui tient les pieds » lui dit : « J'y suis. » « Il y en a un qui parle patois, il s'imagine que je ne le comprends pas. »

De temps à autre la malade interpelle cette personne qui lui tient les pieds : « Allo... allo... vous dormez. »

Jugement. — « Il y a là quelque chose que je ne comprends pas. Je me dis : mon lit est comme un autre, on ne peut pas se coucher dessous et cependant on me tire les pieds... Je me dis quelquefois : « Je deviens folle. » Il faut pourtant que je croie à ce que je sens, sans cela je serais une nullité... Je voudrais bien savoir ce qui en est, si je mourrai ou si je guérirai pour prendre des dispositions que je n'ai pas prises...

« Voilà ce que je ne comprends pas... je mange, je bois comme tout le monde... je ne souffre pas et cependant je suis incapable de faire quoi que ce soit. »

Calcule correctement : 17 + 19 17 + 17 = 34 34 et 2 = 36 13 + 25 5 + 3 = 8 2 + 1 = 3 donc 38.

Inconscience de l'état physique. — D. Pourquoi ne vous levez-vous pas ? (La malade est alitée et impotente.) — R. Mais si, je me lève, c'est moi qui ai fait tout le ménage ici.

État physique. — Hyperesthésie cutanée aux membres inférieurs. Conservation de la sensibilité tactile et thermique. Douleurs très vives à la pression des masses musculaires et des trajets nerveux. Douleurs spontanées paroxystiques. Crampes fourmillements, tiraillements.

Paralysie complète des extenseurs des orteils. Les mouvements du pied et de la jambe sont impossibles. Les mouvement, de la cuisse sur les troncs sont faibles et de minime amplitude.

Abolition des réflexes rotuliens et plantaires.

La peau des pieds et des jambes est sèche et écailleuse. Atrophie marquée des masses musculaires du pied, de la jambe et de la cuisse.

A la main, atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar.

Pouls 90. Pas de fièvre. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Gâtisme.

20 *mars* 1908. — La malade a crié toute la nuit « qu'elle est employée de commerce et qu'elle veut sortir pour aller vendre des jupons ». Demandait ses vêtements pour allerà l'Hôtel-Dieu. Disait qu'on voulait la tuer.

14 *avril* 1908. — Elle est ici depuis quinze jours (un mois). Elle est à l'hospice, on lui ôte des vers des pieds et des mains, montre des petites taches blanches dans les paumes des mains (troubles circulatoires) et demande si ce sont des œufs de vers.

Ne se rappelle pas nous avoir vu dans le service : « Vous êtes tout neuf ici ; je vous ai peut-être vu rue des Lombards dans une pharmacie. »

Ne connaît le nom de personne parmi les malades ou le personnel.

D. Que faites-vous ici? — R. Je ne fais rien, je suis couchée presque tout le temps, je bricole, je fais les lits quand c'est mon tour (est incapable de se lever).

D. Comment allez-vous? — R. Je vais bien, mais c'est toujours les jambes, et toujours des vers dans les jambes. Je ne sais pas comment ça se pratique, on n'est pas en dessous de mon lit, s'il y avait quelqu'un je le verrais. C'est une correspondance qui s'établit avec le matelas. Je suis sûre qu'on me tient les pieds, mes doigts sont engrenés... est-ce qu'il n'y a pas une planchette? Mes pieds sont attachés avec des ficelles, je ne puis pas les bouger.

La malade à qui on vient de couper le bout de quelques mèches de cheveux demande : « Pourquoi me coupe-t-on toujours la chevelure, si je sors d'ici, on croira que je sors de Saint-Lazare... je suis comme Samson, je tiens à mes cheveux. »

28 *avril* 1909. — Croit être en 1908, mais donne la date exacte : 28 avril. La malade qui a été changée de quartier la veille, sait qu'elle n'a passé qu'une nuit dans ce nouveau quartier. Elle reconnaît une infirmière qui entre dans le dortoir et qui la soignait dans son ancien quartier. « Elle s'appelle Rosalie comme moi, elle rit toujours. »

Mai 1909. — Apparition progressive d'une contracture des fléchisseurs des jambes sur la cuisse.

22 *juin* 1909. — « J'aimerais mieux mourir plutôt que de souffrir tout le temps, je ne laisse personne et j'embarrasse. (La malade pleure.) Je pleure parce que la journée est longue et que ce n'est pas vivre que de vivre ainsi. » Elle demande si elle guérira : « Je ne sais pas ce que j'ai, c'est une espèce de paralysie. »

La mémoire semble un peu meilleure. La malade ne peut donner aucun détail sur le médecin qui la soigne : « je ne m'en rappelle pas », mais se souvient que parmi les infirmières l'une est rousse et l'autre est « sa payse ». (Exact.)

Elle a lu les premières pages d'un livre qu'on lui a prêté et les résume ainsi : « C'est l'histoire d'une femme qui a un mari ivrogne et a du mal pour arriver à vivre. » (Exact.) Ne se rappelle pas l'année actuelle, ni depuis combien de temps elle est malade.

Elle sait qu'elle est « dans un hôpital dans les environs de Paris ». Crises de larmes par intervalles.

Octobre 1909. — Même état mental. Amnésie continue. Ne demande ni à s'occuper, ni à lire. Gâtisme. Pose continuellement la même question. Illusions. Voyez au plafond, voyez, regardez ce fauteuil, regardez le zouave qui tombe... c'est comme une ombre, et puis voyez tous ces fantômes qui marchent sur la pointe des pieds. (La malade fixe les raies d'ombre qui séparent les reflets des fenêtres sur le plafond.)

La malade a eu il y a quelques jours plusieurs hémorragies intestinales.

Mars 1910. — Amélioration très sensible de l'état physique. La malade conserve des crampes et des fourmillements dans les pieds et les jambes, elle dit encore par instants « qu'on lui tient les pieds ».

Les sensations tactiles sont confuses et mal localisées.

La contracture, qui pendant des mois a tenu les jambes fléchies à 90° sur les cuisses, cède peu à peu ; l'extension est presque complète. La malade peut se tenir debout en se tenant à une chaise et marche quand on la soutient. Abolition des réflexes rotulien et plantaire.

L'amyotrophie des éminences thénar et hypothénar a disparu. Les masses musculaires des pieds et des jambes, longtemps atrophiées, se développent de nouveau.

La malade est toujours désorientée dans le temps, ne sait ni l'année, ni le mois. « Nous sommes en décembre, vous voulez vous moquer de moi sans doute, vous me demandez cela chaque fois que vous venez. » « Elle est ici dans un hospice à Maison-Blanche. »

La mémoire est un peu meilleure. Mme V... se rappelle que nous l'avons interrogée à plusieurs reprises. Elle se souvient qu'elle s'est fait en tombant il y a quelques semaines une ecchymose à l'œil. Elle donne sur la physionomie des médecins des détails exacts. Ne sait pas leur nom, ni celui d'aucune des infirmières au quartier. « Que voulez-vous que ça me fasse ! »

Les souvenirs antérieurs à la maladie sont bien conservés. La malade témoigne au cours de l'examen une certaine vivacité d'esprit ; comme il est midi et qu'on commence à servir le déjeuner, elle nous dit : « Faut-il que vous me portiez de l'intérêt pour quitter votre déjeuner et venir me voir ! »

Elle lit cette phrase au passage dans un livre que nous feuilletons devant elle : « Quels sont les sentiments de famille du malade? » Elle répond alors spontanément : « C'est idiot ça, les sentiments de famille du malade dépendent des sentiments de la famille pour le malade ! » Lorsque nous la quittons, elle nous dit : « Ne partez pas encore, attendez un peu, je serai peut-être un peu mieux servie si vous restez là. » Pas d'idées délirantes. Pas de fabulation. Les hallucinations ont disparu.

La malade ne demande pas à s'occuper, bien qu'elle prétende demander toujours à lire ou à travailler. Elle s'informe quelquefois de la santé des siens, mais ne leur écrit pas. Crises de lar-

mes par intervalles « parce qu'elle souffre », « parce qu'elle craint que son père ne soit mort », « parce qu'elle ne veut pas rester ici ». Insomnie de temps à autre.

L'amélioration physique et mentale se poursuit lentement.

Observation III

Alcoolisme chronique. — Délire onirique. — Fabulation. Amnésie continue. — Polynévrites. — Chronicité.

S... Maria, 53 ans, entre à l'asile de Maison-Blanche en juillet 1908.

Antécédents héréditaires. — La grand'mère maternelle a présenté de l'affaiblissement intellectuel plusieurs années avant sa mort. Grand-père maternel alcoolique. Une sœur a eu des hallucinations de l'ouïe et des idées de persécution.

Antécédents personnels. — Alcoolisme chronique : amer Picon, eau-de-vie de cidre, absinthe, vin blanc, « prenait à chaque instant des petits verres », dit une amie.

Faiblesse de la mémoire depuis plusieurs mois. Les troubles mentaux s'accentuent un mois environ avant l'internement.

25 juillet 1908. — État mental à l'entrée.

« Nous sommes en 1886 au mois d'avril.

« Je suis ici chez mon oncle, c'est une maison de santé. C'est mon oncle et ma tante (elle désigne la surveillante) qui la gèrent. »

Déclare un peu plus tard : « Je suis à Roanne depuis avant-hier, je suis venue voir des parents. »

Fausses reconnaissances. — Prend l'infirmière pour sa tante, le médecin pour M. X... de la Chapelle : « J'ai vu votre voisin, ce matin nous avons causé sur le champ de foire. »

Une malade est une autre de ses tantes. La malade prête sans

hésitation un nom et une personnalité à chacun de ceux qui l'entourent.

Mémoire. — Évite de répondre quand on lui demande son âge, « je suis de 54, calculez, ce n'est pas difficile ». Nous renseigne sur son lieu de naissance, sa profession, sa famille. Elle est employée dans un bouillon Duval. Elle a quitté ce métier pendant quelques années, pour prendre à son compte avec son mari un débit de boissons du côté de la Porte Saint-Martin. Comme ils vivaient en mauvaise intelligence, ils ont quitté le commerce et se sont séparés.

Elle s'est associée en mars dernier (il y a cinq mois) avec une amie, également employée chez Duval, pour exploiter un autre débit de boissons, mais elle a complètement perdu le souvenir de cette autre installation.

Elle est incapable de se rappeler aucun des événements de la journée, lorsqu'on l'interroge à ce sujet elle fabule : « Je suis allée hier chez M. X... pour battre à la machine, ce sont de très bons voisins, je m'étais offerte pour les aider, j'ai bien travaillé, j'ai fait un peu de tout. »

« Ce matin je suis allée à la rivière avec ces dames, préparer du linge pour la lessive. Je ne me rappelle plus ce que j'ai lavé, mais je suis certaine d'être allée au ruisseau, j'ai déjeuné avec un morceau de pain et j'ai bu un verre de vin blanc. » (La malade est alitée et marche très difficilement.)

La malade est un peu agitée et parle seule : « Qu'est-ce que je vais donner à mes pensionnaires pour leur déjeuner, je ne peux pas leur donner la même chose qu'hier, ils ne seraient pas contents ? » Elle appelle et recommande de bien faire la cuisine pour satisfaire ses clients. « Je ne peux guère marcher pour aller faire les provisions mais faites pour le mieux. »

Elle demande son porte-monnaie : « Qu'est-ce que j'ai pu faire de mon porte-monnaie, il était là tout à l'heure ? » Elle interpelle les autres malades : « Voulez-vous venir faire une partie de canot ? »

Elle s'adresse à sa voisine : « Ce matin j'ai fait une bonne partie de pêche avec votre mari », et comme la voisine ne répond pas : « Eh bien, ma tante, répondez-moi, ça n'a pas l'air de vous plaire ? Ne vous fâchez pas, une autre fois vous viendrez avec nous, mon oncle est très gentil, il ne demandera pas mieux. »

Elle interpelle les malades qui crient : « Taisez-vous, vous allez faire sauver tous les clients, on va vous mettre à la porte. Ma pauvre fille, ce que vous avez peu de savoir-vivre, j'en suis tout abrutie de vous entendre ! »

Calcule bien : $13 + 14 = 27$ $27 + 24 = 51$.

Jugement. — D. — Combien gagnez-vous chez Duval ?

R. — Ce n'est pas fixe, ça dépend de la dame qui sert ; moi je gagnerais de l'argent, là où une autre n'en gagnerait pas.

D. — Mais vous, combien gagniez-vous ?

R. — Largement ma vie.

D. — Combien ?

R. — Il ne faut pas le dire, ça fait du tort aux autres.

La malade se montre très affectueuse avec sa nièce, elle lui demande des nouvelles des siens.

Insomnie. Le délire est plus marqué pendant la nuit. La malade est en général facile à diriger, se montre plutôt euphorique et joviale.

Pas d'idées délirantes véritables. Ne semble pas avoir d'hallucinations. Cauchemars nocturnes.

Etat physique. — Hypoesthésie cutanée aux membres inférieurs. Peu de douleurs spontanées. L'exploration des trajets

nerveux et la palpation des masses musculaires sont douloureuses.

Parésie des membres inférieurs avec prédominance sur les muscles des extrémités et sur les extenseurs. La malade peut se tenir debout accrochée à un meuble. Au bout de quelques jours elle marche quoique très péniblement quand elle est soutenue. Steppage caractéristique : les mouvements de flexion de la cuisse sont exagérés, les pieds tombants, les jambes s'écartent l'une de l'autre. Le regard suit les mouvements des membres.

Abolition des réflexes rotuliens. Atrophie des muscles de la jambe et du pied. La peau est sèche et écailleuse.

Les membres supérieurs sont amaigris, les mouvements manquent de précision et de vigueur mais la malade parvient à s'en servir. Tremblement très marqué des membres.

Troubles pupillaires difficiles à interpréter à cause d'une lésion traumatique ancienne de la cornée droite.

Pas de fièvre. Pouls 80. Pas de sucre, ni d'albumine dans les urines.

Décembre 1908. — Toujours désorientée dans le temps et dans l'espace. « Je ne sais pas où je suis ici, c'est la maison des affligés... mais vous savez, je voudrais bien être sortie de votre palais. »

D. — Depuis quand êtes-vous ici ?

R. — Depuis quinze jours, tout au plus (cinq mois).

D. — Que faites-vous ici ?

R. — Nous avons travaillé sur des pièces de linge que madame m'avait dit de faire et puis je m'occupe des enfants.

D. — Me reconnaissez-vous ?

R. — Non, je ne vous ai jamais vu, elle semble réfléchir et ajoute) :

« Peut-être que je vous ai vu à Paris, c'est possible. »

Elle déclare de la même façon qu'elle ne connaît pas les infirmières ou les autres malades du service. Ne sait pas sa place à tnble, est incapable de trouver son lit. La fabulation est moins riche. Le délire onirique a disparu. La malade demande sans cesse à partir. Reste polie et aimable. L'état physique s'est beaucoup amélioré. La malade marche seule et circule dans le quartier.

16 février 1909. — Longue crise de larmes. « Aujourd'hui. je vois bien que je suis dans une maison de folles ! Que vais-je devenir..., il faut que je gagne ma vie, je ne puis plus inspirer confiance à personne, personne ne voudra plus m'employer. Si encore je n'ai fait de mal à personne. Si vous me rendez la santé et si je me trouve en face des personnes à qui j'ai pu nuire ! » La malade semble prendre conscience de sa situation. L'amnésie continue est toujours aussi prononcée. Elle ne se rappelle pas avoir vu de médecin. Elle est venue le matin même dans la salle où nous l'interrogeons actuellement et cependant elle dit: « Je ne me rappelle pas être jamais venue ici, je ne saurais pas préciser. » Nous avons souvent essayé de lui apprendre le nom du médecin ou celui des personnes avec qui elle se trouve en contact, elle n'a jamais rien retenu. Elle ne reconnaît pas les infirmières du service.

Demande à sortir « parce qu'elle s'ennuie ici, parce qu'elle voit où elle est, au milieu de pauvres malheureuses, des malades comme elle, qu'on a sorties de la société, qui disent des choses qui n'ont aucune raison. »

« J'ai été privée de ma raison, mais maintenant il me semble que je vais mieux, bien qu'à certains moments la mémoire me fasse encore défaut, mais je ne reste pas toujours comme cela dans les nuages. »

« Je suis dans une maison de santé, je n'en sais pas le nom, je n'ai pas voulu le savoir; toquade de malade, vous savez, mais je l'ai appris, je crois, par hasard, c'est Maison-Blanche. »

Répète souvent les mêmes phrases.

« Tout de même, les riches ont d'autres moyens de se soigner. » La fabulation a disparu, ainsi que le délire onirique. La malade reste toujours inactive.

Août 1909. — Toujours désorientée et profondément amnésique, pour les faits actuels. La malade est stéréotypée dans ses réponses comme dans ses questions. Elle demande toutes les trois minutes : « Est-ce que je suis mariée, veuve ou divorcée ? » (Le mari a demandé le divorce quelques mois avant l'internement.)

« Est-ce qu'il y a longtemps que je suis ici ? »

« Qui est-ce qui s'occupe de moi ? Qui est-ce qui m'a amenée ici ? Qu'est-ce que vous pensez de moi ? »

Elle oublie aussitôt les réponses que nous lui avons données et pose sans cesse les mêmes questions. S'informe de ce que sont devenues ses sœurs.

Décembre 1909. — « Je ne sais pas où je suis ici... je ne sais pas si c'est un hôpital... je ne sais nullement ce qu'on veut faire de moi ici. »

« Que faites-vous ici ? avez-vous travaillé ce matin ? »

R. — Je n'ai rien fait, on ne fait rien ici, on ne me donne pas d'ouvrage... il n'y a pas de promenade, il n'y a pas de sortie. Je voudrais bien m'en aller, je chercherais à travailler comme tout le monde.

D. — Ou couchez-vous ici ?

R. — Je crois que je couche en bas, je ne sais pas, je n'ai pas de mémoire.

La malade croit toujours nous avoir vu à Lariboisière:

« Est-ce que ce n'est pas vous qui m'avez soignée à Lariboisière pour une plaie au poignet? » (elle montre une cicatrice au poignet).

Elle demande toujours ses habits pour s'en aller:

« Vous êtes sans doute des employées de la maison, dit-elle au personnel, pourquoi me gardez-vous ici ! »

Mars 1910. — L'état mental de la malade est stationnaire.

D. — Depuis quand êtes-vous ici ?

R. — Depuis hier.

D. — Avant-hier où étiez-vous ? — R. « A Paris. »

D. — Comment êtes-vous venue ici ? — R. « En ballon. » (Rit.)

D. — Quest-ce que cette maison ?. — R. « Je ne sais pas... C'est un pénitencier... un palais où l'on fait disparaître le monde..., quand on gêne, on fait une soustraction ! »

D. — Vous gêniez quelqu'un ? R. « Je ne sais pas si je gênais... je ne sais pas qui m'a fait mettre dans votre palais... c'est une soustraction. »

D. — Qui avez-vous pu gêner ? — R. « Mon mari sans doute, on a fait une soustraction... mettez soustraction... mon mari aimait une camarade et il a fait disparaître sa femme »(Rit.)

Fausse reconnaissance. — « Tiens M^me^ X, je l'ai connue à Paris. » (Désigne un malade.)

Le malade est turbulente par intervalles. En général, elle est calme. Elle se montre affable et souriante quand on lui adresse la parole, parle peu spontanément. Elle ne se livre à aucun travail, ne s'occupe même pas de sa toilette. Elle erre seule au hasard dans le quartier. A table, prend la boisson de ses compagnes.

La malade calcule encore très bien, mais son langage est très stéréotypé. Les souvenirs anciens sont bien conservés ; ceux des trois ou quatre années qui précèdèrent l'internement sont oubliés. L'amnésie est totale pour les faits actuels, la désorientation complète surtout dans le temps. La malade ne fabule plus. Les fausses reconnaissances restent assez fréquentes Gâtisme de temps à autre.

Au point de vue physique : Diminution de la sensibilité des membres inférieurs. Pas de douleurs provoquées. Abolition des réflexes rotuliens.

La marche est normale.

L'affaiblissement intellectuel progressif, les stéréréotypies du langage, legâtisme, semblent d'un pronostic défavorable.

CONCLUSIONS

Le syndrome décrit par Korsakoff sous le nom de « psychose polynévritique ou cérébropathie psychique toxhémique » est constitué cliniquement par l'association de polynévrites à des troubles mentaux particuliers. Ces deux ordres de symptômes traduisent l'atteinte centrale et périphérique du système nerveux ; ce sont deux manifestations concomitantes d'une même cause : l'infection ou l'intoxication de l'organisme.

Les différents éléments psychiques du syndrome sont : l'amnésie continue avec désorientation, la fabulation, le délire onirique. Les véritables idées délirantes sont rares. L'intensité plus ou moins grande du délire onirique caractérise les formes dites délirante et confusionnelle.

L'absence ou le peu d'intensité du délire dans la forme amnésique permet d'étudier le trouble intellectuel fondamental : l'amnésie continue. L'amnésie porte sur les faits récents et sur les souvenirs d'une période un peu antérieure au début de l'intoxication. L'amnésie

des faits récents est considérablement favorisée par le trouble de la synthèse mentale, c'est-à-dire l'impuissance du malade à associer, à synthétiser les données sensorielles nouvelles (amnésie d'assimilation, Janet).

Le trouble de l'association des idées se limite aux perceptions nouvelles. L'activité psychique volontaire est diminuée dans son ensemble, mais le malade conserve ses acquisitions intellectuelles antérieures, et le jugement est intact quand il s'exerce sur des données anciennes. Les troubles de la sphère morale sont peu accentués.

L'affection dure de quelques semaines à plusieurs années. Elle se termine, soit par la mort, soit par la guérison plus ou moins complète, soit par le passage à la démence. On tend, en France, à assimiler cette démence à la presbyophrénie de Wernicke.

Les troubles mentaux du syndrome de Korsakoff se différencient des autres formes morbides qui peuvent présenter un aspect clinique analogue : confusion mentale primitive, troubles psychiques de l'artériosclérose, syphilis cérébrale, paralysie générale, démence alcoolique, tumeurs cérébrales ou lésions circonscrites. Pour les auteurs allemands, la presbyophrénie serait une affection différente de la maladie de Korsakoff.

Vu : le Président de la thèse
RAYMOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Anglade. — Psychose polynévritique et tuberculose. *Revue neurologique*, 1900, nº 3, p. 157.

— Névrites périphériques des aliénés. *Annales médico-psychologiques*, sept.-oct. 1899.

— Art. confusion mentale. Traité des maladies mentales (Gilbert-Ballet).

Babillé. — Les troubles de la mémoire dans l'alcoolisme. Paris, 1886.

Babinski. — Article : névrites. Traité de médecine (Charcot, Bouchard).

Ballet. — Congrès des aliénistes de Marseille, 1899.

Ballet. — Leçons de clinique médicale. Paris, 1897.

— Lésions corticales et phériphériques dans la psychose polynévritique. Société médicale des hôpitaux, 11 mars 1898.

Ballet et Faure. — Contrib. à l'anatomie pathologique de la psychose polynévritique. *Presse médicale*, 30 nov. 1898.

Beurmann (de). — Psychose polynévritique chez un lépreux. *Revue de neurologie*, 1906.

Bœdecker. — Charite Annalen, 17, Iahr, 1892.

Bonhœffer. — Die acuten geisteskrankeiten der Gewohneits-trincker (Breslau, 1901).

Buccelli. — Psychose polynévritique par intoxication tabagi-

gique : *Rivista di patologia nervosa e mentale*, juin 1878.

Cacarrie. — Essai sur les amnésies toxiques. Paris, 1887.

Chancellay. — La psychose polynévritique. *Thèse de Paris*, 1901.

Charcot. — Les paralysies alcooliques. *Gazette des hôpitaux*, août 1884.

— Leçons du mardi, 1884.

— Leçons du mardi, 1888-1889.

Charcot J. M. — Sept cas de polynévrites. *Revue neurologique*, 1893.

Charrin. — Maladies du foie et folie. Société de biologie, 31 juillet 1842.

Chartier. — Encéphale, mai 1909.

Chaslin. — La confusion mentale primitive. Paris, 1895.

Chaslin et Portocalis. — Syphilis cérébrale avec syndrome de Korsakoff à forme amnésique pure. *Journal de psychologie*, 1908, p. 303.

Chotzen. — Zur Kenntniss der Polyn. psychose. *All. Zeitsch. f. Psych.*, 1902.

Colella. — La psicosi polyneurética. Napoli 1895.

Crocq. — Polynévrite avec psychose. *Journal de neurologie*, 1902, n° 10.

— Deux cas de confusion mentale polynévritique. (*Bull. de la Soc. de médecine mentale de Belgique*. Fév. 1903, n° 108).

Deny et Camus. — Démence polynévritique. Société de psychiatrie, mai 1909.

Deroubaix. — Syndrome de Korsakoff et paralysie générale. *Journal de neurologie*, 1903, p. 527.

Devic et Roux. — Contribution à l'étude des troubles intellectuels consécutifs à la typhoïde. Délire amnésique. *Province médicale*, 1896.

Dide et Botcazo. — Amnésie continue, cécité verbale pure. Ramolliss. double du lobe lingual. *Revue neurologique*, 1902, n° 14.

Doubrovine. — Un cas de maladie psychique post-thyphoïdi-

que. Société de neuropathologie et de Psychiatrie de Moscou, 1890-1891, p. 32-36.

Dupré. — Article Psychopolynévrite. *Traité des maladies mentales* de G. Ballet.

— Amnésie continue topo-agnosie. Troubles de la psycho-réflectivité. Société de neurologie. Avril 1903.

Dupré et Camus. — *Bulletin médical*, 4 janvier 1908.

Dupré et Charpentier. — Encéphale. Avril 1908. Février 1908.

Elzholz. — Sur les rapports de la psychose de Korsakoff et de la polioencéphalite hémorragique supérieure aiguë. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 15, 1900.)

Francotte. — Étude clinique sur le délire généralisé. *Bull. de la Soc. de médecine mentale de Belgique*, 1900.

Franck. — Polyneuritis und geistesstœrung. *Inaug.dissert.* Kœln, 1890.

Halberstadt et Nouët. — La presbyophrénie de Wernicke. *Encéphale*, avril 1909.

Haury. — Les neurocérébrites toxiques. *Thèse de Lyon*, 1894.

Hudelo-Ribierre. — Ictère grave et syndrome psychopolynévritique. *Tribune médicale*, 24 juillet 1906.

Janet. — L'état mental des hystériques, 1893.

— Amnésie continue. *Revue générale des sciences*, 30 mars 1893.

Jolly. — XII[e] congrès médical international de Moscou. *Neurolog. centralblatt*, 1897. S.916.

— Charite. *Annalen*, 22 jahr 1897.

Juquelier et Perpère. — Psychose polynévritique et insuffisance hépatique. *Ann. médico-psychol.*, janvier 1904.

Kahlbaum. — Deux cas de psychose polynévritique. *Allg. Zeitsch. f. psych.*, 1899, 56.

Karbelah. — Sur la psychose de commotion. *Arch. f. psychiatrie*, t. XXXVIII, 1904. *Revue de neurologie*, 1904, p. 748.

Kichkine. — Deux cas de cérébropathie psychique toxémique après ictère. (*Moniteur* (russe) *de psychiatrie*, 1893, f. 1).

Klippel. — De la folie hépatique. *Archives générales de médecine*, 1892.

Klippel. — *Mercredi médical*, octobre 1893.

— Origine hépatique de certains délires. *Annales médico-psychologiques*, 1894.

— Délire et auto-intoxication hépatique. *Revue de psychiatrie*, 1897.

Knapp. — Les psychoses polynévritiques. Wiesbaden, 1906.

Korsakoff. — De la paralysie alcoolique. Moscou, 1887.

— Quelques cas de cérébropathie particulière dans la névrite multiple (*Gazette* (russe) *clinique hebdomadaire*, 1889, n° 5-6-7.

— Trouble psychique associé à la névrite multiple. *Revue* (russe) *de médecine*, 1889, n° 13).

— Sur une forme de maladie mentale combinée avec la névrite multiple dégénérative. Congrès international de médecine. Paris, 1889.

— Sur une forme des maladies de la mémoire. *Revue philosophique*, n° 11, novembre 1889.

— Psychiatrie, 2e édition, Moscou, 1901.

Krœpelin. — Psychiatrie 1904, t. II, p. 482.

— Introduction à la psychiatrie clinique. Édition Devaux Mercklen, 1907, p. 290.

Lépine. — Polynévrite alcoolique avec psychose. *Rev. de médecine*, 1898, n° 2.

Liberman. — La psychose de Korsakoff. *Thèse de Paris*, 1902

Lhermitte et Halberstadt. — Étude d'un cas de psychose de Korsakoff. *Arch. gén. de médecine*, 14 août 1906.

Luckerath. — *Neurol. Centralblatt*, 15 avril 1900, p. 341.

Meyer et Rœcke. — *Arch. f. Psychiatrie*, Bd. 37. S. 1.

Monkemoller. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.* 54. Bd., 1898.

Monkemoller et Kaplan. — *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, 56, bd. 1899.

Murawieff. — Deux cas de polioencéphalite hémorrhagique supérieure (*Neur. centrabl.*, 1897).

Nicolauer. — Psychopolynévrite grave avec apraxie. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, LXIV-1, 1907.

Nina Rodrigues. — Psychose polynévrit. béri-béri. *Annales medico-psychol.*, mars-avril 1906.

Pascal. — Psychose polynévritique. *Thèse Montpellier*, 1904.

Pic et Bonnamour. — Cirrhose avec psychose polynévritique. Société médicale des hôpitaux de Lyon, 19 mars 1907.

Porrot et Froment. — Cirrhose et polynévrite. *Lyon médical*, 25 août 1907.

Potel. — Amnésie continue. *Thèse de Paris*, 1902.

Raimann. — *Wien. Klin. Woch.*, n° 2, 1900.

F. Raymond. — Polynévrite et polyomyélite. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, janv.-fév. 1899, p. 758.

— Maladies du système nerveux.

— *Bulletin médical*, 25 et 28 avril 1906.

Régis. — Précis de psychiatrie.

— Congrès de Clermont-Ferrand, 1894.

— *Mercredi médical*, 22 août 1894.

Reynolds. — *The britisch médical Journal* (24 nov. 1900, 22 déc. 1900).

Ross. — *The Journal of mental science*, avril 1890.

Rose et Benon. — Encéphale, 10 déc. 1909.

Rouillard. — Essai sur les amnésies. *Thèse Paris*, 1885.

Ribot. — Maladies de la mémoire.

Rogues de Fursac. — Manuel de Psychiatrie.

Sainton et Castaigne. — *Arch. générales de médecine*, 27 sept. 1904.

Schuster. — Psychiche Storunger bei Hirn, 1902.

Séglas. — Leçons cliniques. Paris 1895.

Séglas et Stroehlin. — *Presse médicale*, 25 déc. 1909.

Séglas. — Méningo-encéphalite syphil. *Encéphale*, oct. 1900.

Séglas et Sollier. — Folie puerpérale. Amnésie. *Archives de neurologie*, 1890, n° 6.

Sollier. — *Revue neurologique* 1895, n° 15. Un cas de psych. polynévritique.

— Le problème de la mémoire.

— Les troubles de la mémoire.

Sollier et Duhem. — *Annales médicopsychologiques*, mai-juin 1906.

Souques. — *Revue de médecine* 1892, n°s 5 et 11.

Soukanoff. — Sur les formes de la psychose polynévritique *Revue de médecine* 1895, n° 5.

— *Nouvelle Iconographie de la Salpétrière* 1897.

— *Journal de neurologie* 1902, n° 7.

Soukanoff et Tcheltzoff. — *Annales médico-psychol.*, mai-juin 1902.

— *Archives de neurologie*, 1896 n° 3.

Soukhanoff et Boutenko. — *Journal de neurologie* 1903, p. 515.

Strauss. — De la Psychose polynévritique. *Thèse de Lyon* 1892-1893.

Tiling. — *Allg. Zeitsch. f Psych.* 48, Bd. 1892.

Truelle. — Deux cas d'amnésie continue. *Revue neurologique.* 1901. P. 241.

Truelle et petit. — Un cas d'amnésie continue consécutive à une intoxication par oxyde de carbone. *Archives de neurologie* n° 68, 1901.

Vaindrach. — Psychose polynévritique. *Revue (russe) de médecine* n° 12, 1889.

Vigouroux. — Les délires de rêve. *Archives générales de médecine.* Année 80, t. I.

Wernicke. — Grundriss. der Psychiatrie, p. 290.

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris